Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 15 listopada 1884. **№ 46.** Rok XXIII.

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Gorzykwiat wiosenny i konwalija majowa jako leki zastępujące naparstnicę.

(Według wykładu na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 15 października 1884).

Podał Dr. **Wł. Antoni Gluziński.**

I asystent kliniki lek.

Panowie! Na dzisiejszém posiedzeniu chcę zająć chwilę czasu dwoma lekami, które w ostatnich czasach zwróciły na siebie większą uwagę. Skuteczne składowe ich części należą do grupy, którą Schmiedeberg biorąc wzór z botaniki, gdzie familije noszą nazwy od wybitniejszéj rośliny, nazwał grupą digitaliny. Szereg środków tu należących wcale jest pokaźny, a skuteczne ich składniki sąto przeważnie glykozydy jużto łatwo, jużto trudno, jużto wcale niekrystalizujące, które pod względem chemicznym mają bardzo mało wspólnych cech, jak n. p., że nie zawierają azotu. Nie będę wymieniał wszystkich kolejno i zajmował się niemi, wspomnę tylko, że tu należą: *Digitalin, Digitoxin, Digitalein, (Digitalis purpurea), Antiarin (Antiaris toxicaria), Helleborein (Helleborus niger), Thevetin (Thevetia nercifolia), Stophantin (Stophantus hispidus), Apocynin, Apocynein (Apocynum cannabinum), Scillain (Urguinea scilla), Oleandrin (Nerium oleander), Adonidin (Adonis vernalis), Convallamarin, Convalaria majalis)* itd.

Jedne z nich są lepiéj i dokładniéj inne mniéj zbadane, wyniki jednak dotychczas otrzymane pozwalają je umieścić obok siebie, a znalezione pozorne różnice w działaniu dadzą się odnieść, jak się Schmiedeberg (*Archiv f. exp. Pathol. u. Pharm.* t. XVI, str. 166), wyraża, do stopnia siły samego działania, różnicy w rozpuszczalności w wodzie i zależnéj od tego wessalności. Typem całéj téj grupy środków jest naparstnica, a prawidła zdobyte dla niéj z większą lub mniejszą zmianą dadzą się zastosować dla innych tu zaliczonych środków. Zapatrywania na prawidła te farmakologiczne jakkolwiek znane od dawna, dzięki jednak pracom wyszłym przeważnie z pracowni Schmiedeberga na przetworach czystych, przybrały obecnie nieco inny kierunek, tak w pojęciu jak i w tłumaczeniu poszczególnych zjawisk. Pojęcia zaś o klinicznym działaniu naparstnicy, jakie jeszcze dzisiaj się wyznaje, a nawet w podręcznikach umieszcza, pochodzą przeważnie, jak wiemy, od Traubego.

Jako główne działanie uważał on pierwotnie zwolnienie tętna tłumacząc je zadrażnieniem n. błędnego, a idąc konsekwentnie daléj ze względu na znany fakt podany przez Ludwiga, że drażnienie n. błędnego obniża parcie krwi w tętnicach, musiał przypuścić obok zwolnienia tętna i obniżenie parcia. Gdy badania manometryczne wykazały błędność takiego pojmowania rzeczy, zastosował Traube swoje zapatrywania do tego, twierdząc, że zmiany w częstości tętna i parcia są zjawiskami równorzędnemi, pierwsze zawisłe od działania naparstnicy na układ regulujący ruchy serca, drugie na zwoje nerwowe samego serca. Podrażnienie obydwóch układów ma równocześnie sprowadzać zwolnienie tętna i zwiększenie parcia krwi, a spostrzegana następnie zwiększona ilość uderzeń serca i zmniejszenie parcia ma pochodzić od porażenia takowych. O działaniu na sam mięsień sercowy wzmianki nie było.

Traube ogłosił pracę swoją w r. 1861, i już w następnym roku Dybkowski i Pelikan, a daléj Meyer, Fothergill, Böhm i Schmiedeberg, wystąpili z spostrzeżeniami zwracającemi uwagę na szczególne zachowanie się samego mięśnia sercowego pod wpływem naparstnicy, z których wynikało, że obok układów nerwowych i sam mięsień sercowy nie podrzędną, jeżeli już nie pierwszorzędną gra rolę, że zwolnienie tętna i zwiększenie parcia nie są idącemi w parze zjawiskami, jak to uczył Traube i jego zwolennicy, lecz, że zwiększenie parcia jest zupełnie niezawisłe od częstości tętna. Dowodem tego było spostrzeżenie Williamsa (*Arch. f. exp. Path. u. Pharm.*, t. XIII, str. 1), że wśród głębokiego uspienia chloralem digitalin tylko parcie

krwi podnosi nie zwalniając tętna, dowodem tego spostrzeżenia na zwierzętach i ludziach wykazujące, że w 1 okresie obok zwiększenia się parcia nie zawsze stwierdzamy zwolnienie tętna, że w 2 okresie parcie zwiększone ciągle trwa, gdy tętno jest zwykle przyspieszone.

Opierając się na tych faktach Schmiedeberg (*l. c.*) wyprowadza zdanie ważne dla klinicysty: „parcie krwi nie jest zawisłe od zmian w częstości tętna i można przypuścić, że częstość tętna w zastosowaniu naparstnicy przy łóżku chorego żadnéj albo bardzo małą gra rolę. Dotychczasowe zapatrywanie, tak bardzo rozpowszechnione, że w wielu stanach chorobowych, którym towarzyszy szybkie tętno, odnosimy korzyść wskutek zwolnienia takowego przez naparstnicę, przez co serce zyskiwać ma na czasie, aby się mogło dokładniéj kurczyć, a więc więcéj krwi weprzeć do tętnicy głównéj, jest zupełnie nieuzasadnione". W przetworach więc należących do grupy naparstnicy posiadamy leki, które są w stanie wywołać u człowieka przeważnie podniesienie się parcia krwi wskutek większego wypełnienia tętnic, któreto osiągniętém bywa przez silniejsze działanie samego mięśnia sercowego.

W obec tego jedyne racyjonalne zastosowanie lecznicze tak digitaliny, jak i wszystkich tu należących środków może się odnosić tylko do tych przypadków, gdzie zachodzi potrzeba większego wypełnienia tętnic.

Uwagi poczynione odnoszą się naturalnie tylko do przetworów czystych, do samych skutecznych składników zawartych w poszczególnéj roślinie; przy użyciu całéj rośliny zamiast odpowiedniéj składowéj części wywołać możemy i uboczne skutki pochodzące od innych składowych części, jak n. p. przy użyciu naparstnicy od digitaliresiny i toksiresiny i t. d. W interesie więc lekarza i pacyjenta leżałoby używanie ile możności chemicznie czystych przetworów, któreby wstrzyknięte n. p. podskórnie bez wywołania zmian miejscowych łatwo ulegały wessaniu, które mogłyby sprawiać i podtrzymywać pożądany skutek, t. j. wypełnienie układu tętniczego. Prób w tym kierunku nie brakuje, cel jednak nie został jeszcze osiągnięty, gdyż otrzymanie chemiczne tych środków jest trudne a więc i bardzo kosztowne, a co ważniejsza, że po większéj części są one nierozpuszczalne, a więc trudno ulegają wessaniu, i że w miejscu zastosowania wywołują silną reakcyję.

Wśród tych warunków jesteśmy jeszcze zmuszeni stosować przy łóżku chorego nie chemicznie czyste skuteczne składniki, lecz przetwory dotychczas używane w postaci naparów, wyciągów, nalewek i t. p.

Z wszystkich należących do téj grupy środków od Kreysiga aż do ostatnich czasów prawie wyłączne zastosowanie w odpowiednich przypadkach chorobowych miała naparstnica, a jak się Rossbach wyraża, jest ona w tych razach „środkiem jedynym i nie dającym się zastąpić".

Wartość jéj, znana każdemu z nas, podniosłaby się znacznie, gdyby można usunąć ujemne jéj strony, mianowicie szkodliwy wpływ na przewód pokarmowy po dłuższém używaniu, a zwłaszcza zdolność wywoływania zbiorowego działania, która wymaga ciągłéj czujności lekarza. Obawa skutków zbiorowych naparstnicy każdemu z nas już jest podczas studyjów wpajana, a jakkolwiek może zdanie Schmiedeberga (*l. c.* s. 185), że tak zwane otrucia lekarskie (*medicinale Vergiftungen*) przy żadnym środku tak często się nie zdarzają, jak wśród użycia naparstnicy, jest nieco za jaskrawe, jednak zupełnie są usprawiedliwione poszukiwania za innym środkiem, któryby ujemnych stron naparstnicy nie miał, zachowując jéj skuteczność.

W ostatnich latach jako takie leki polecono dość energicznie także Gorzykwiat wiosenny (*Adonis vernalis*) i konwaliję majową (*Convalaria majalis*). Nic dziwnego, że z potrzeby nie poskąpiono im uwagi, nic dziwnego, że i ja zajmę Panom chwilę czasu wynikami doświadczeń dokonanych w klinice prof. Korczyńskiego, poprzedzając takowe krótką wzmianką historyczną o obydwóch tych lekach.

Gorzykwiat wiosenny (*Adonis vernalis*) jestto roślina należąca do rodziny *Ranunculaceae*; w botanice znana od r. 1544, w medycynie używana w wiekach średnich wspólnie z *rad. Helleb nigr.* Frank wspomina o niéj, że „posiada własność w pewnym stopniu ogrzewania i wysuszania; kąpiel przyrządzona z niéj wywołuje silne poty i odpędza złe i chłodne wilgocie". Podobne wzmianki, jak również, że w aptekach zamiast *Helleborus niger* sprzedają *Adonis vernalis*, spotykamy w XVIII wieku u Pfaffa, Loseka, Richtera i innych.

W bieżącém stuleciu gorzykwiat wyszedł zupełnie z użycia tak, że w r. 1840 Geiger mówi: „korzenie jego były kiedyś w tym samym celu jak korzenie z *Helleborus niger* używane i posiadają podobne własności jak te ostatnie".

Wyrzucony z aptek schronił się do chat wiejskich i przechował się do naszéj pamięci jako środek ludowy; wzmianek więc późniejszych o nim należy szukać w dziełach obejmujących środki ludowe, jak n. p. Krebela, który wspomina, że w Rosyi używa lud tego środka w rozmaitych stanach chorobowych, jako środka przeczyszczającego, przeciw kurczom i t. p. Noss (*Mosk. Gazeta lekarska* 1860, Nr. 11 i 12) opisując 5 przypadków ogólnéj opuchliny wyleczonych tym środkiem donosi, że lud przeważnie przeciw takowéj gorzykwiatu używa i podaje sposób używania takowego u ludu.

Ta wzmianka zdaje się nasunęła myśl Botkinowi do podania środka tego ścisłemu klinicznemu badaniu. W r. 1879 mamy więc pierwsze tymczasowe doniesienie naukowe Bubnowa (*St. Petersb. med. Wochenschrf.* 1879, Nr. 27) o korzystném działaniu gorzykwiatu w opuchlinach, (ale tylko stojących w związku ze zmianami w sercu), któreto działanie jest podobne jak naparstnicy, a nieraz nawet dzielniejsze szczególniéj u osób, które biorąc dłuższy czas naparstnicę do takowéj się przyzwyczaiły.

Równocześnie prawie zabrano się i do zbadania składu chemicznego. W r. 1876 Linderos (*Liebigs Annalen der Chemie*, t 182, 1876) w pracowni Markownikowa wykrywa w liściach gorzykwiatu akonityn wapniowy i potasowy, Günther sposobem używanym do otrzymania alkaloidów dostaje szereg przetworów, których Bubnow doświadcza i przekonywa się, że działanie ich jest podobne, jak naparu gorzykwiatu. Cervello (*Arch. f. exp. Path. u. Therap.*, t. XV, str. 235) wykrywa glykozyd łatwo rozpuszczalny w wyskoku, trudno zaś w eterze i wodzie, który działa trująco na serce i równa się w działaniu digitalinie, a nawet przewyższa takową, i któremu nadaje nazwę adonidynu.

Mimo doniesienia Bubnowa i prac chemicznych co dopiero przytoczonych nie kwapiono się zrazu z podawaniem dalszych wyników, Nothnagel tylko w znaném dziele farmakologii wyraża się wcale nie zachęcająco, mówiąc: „co do nas nie widzieliśmy dotychczas żadnego skutku umyślnego

w chorobach serca w okresie zaburzonéj kompenzacyi po zastosowaniu tego środka".

Bubnow (*Deut. Arch. f. kl. Med.*, t. XXXIII, str. 362) ogłasza następnie obszerną rozprawę tak co do klinicznego jak i fizyjologicznego działania. To ostatnie przeprowadza na zwierzętach zimno i ciepłokrwistych, udowodnia, że gorzykwiat należy do trucizn serca, że podobnie, jak przy naparstnicy stwierdzić można pojedyncze okresy działania zależne od dawki. Wyniki fizyjologicznych badań, które stawiają gorzykwiat obok naparstnicy, potwierdza Bubnow, dalszemi klinicznemi spostrzeżeniami, które go doprowadzają do potwierdzenia pierwotnie wypowiedzianego zdania, i do zalecenia gorzykwiatu w praktyce, zwłaszcza, że nie wywiera zbiorowego działania jak naparstnica. Bubnow nadmienia przytém, że musi istnieć pewna różnica w działaniu między jednym a drugim środkiem, który ani drogą doświadczalną na zwierzętach ani klinicznie wykazać mu się nie udało, gdyż spostrzegał pewną liczbę przypadków ze zboczoną kompenzacyją w krążeniu, która wśród używania naparstnicy nie ustępowała a poprawiała się szybko po użyciu gorzykwiatu i odwrotnie.

Oprócz téj pracy mamy jeszcze krótkie tylko doniesienie Altmanna (*Deut. med. Zeitung* 1884, str. 55), stwierdzające spostrzeżenia Bubnowa. (C. d. n.).

II. O schyzomycetach w ropie.

Podał Dr. Med. **J. Ziemacki.**

Wiadomo, że badania nowsze drobnowidowe nad ustrojami niższemi w sprawach zapalnych organizmu źwierzęcego coraz bardziéj i coraz nieprzeparciéj wykazują stałą obecność tych ustrojów w zapaleniu. Okoliczność ta daje silną podporę teoryi o przyczynowym związku pomiędzy schyzomycetami a chorobą. Jakoż trzeba przyznać, że nowsze badania współczesnych nam bakteryjologow dla wielu chorób teoryję tę udowodniły przez eksperymenta na zwierzętach poczynione. Tak np. nie wątpimy już wcale, że w *pustula maligna* stale występuje *bacillus anthracis*; a przez doświadczenia możemy się dowodnie przekonać, że laseczniki karbunkułowe są jedyną przyczyną téj choroby.

W cierpieniach septycznych, t. j. takich, w których w skutek miejscowego zapalenia jakiegokolwiek organu, — np. skóry, błony otrzewnéj, powierzchni wewnątrzmacicznéj, — przychodzi do ogólnego zakażenia krwi, poszukiwano od lat już 12 takiego samego czynnika, jaki odkryto w karbunkule, gdyż analogija tych stanów chorobowych jest bardzo wielką [1]). Ale poszukiwania te napotkały znaczne trudności. Nasamprzód już z tego względu, że nie znamy jeszcze dokładnie chorób septycznych. Wciąż jeszcze trwa sprzeczka o nazwy: *septicaemia*, *pyaemia*, *pyo-septicaemia*. Każdy niemal klinicysta przez nazwy te co innego rozumie a co innego anatom. I nic dziwnego. Kliniczny przebieg tych chorób jest bardzo rozmaity, nieraz nadzwyczaj zawiły. A i pod względem patologicznym zmiany anatomiczne są bardzo a bardzo różne. Dotychczas jeszcze nie potrafiła nauka usystematyzować i uporządkować zawikłaną tę dziedzinę. Dotychczasowy nieład wynika ztąd, że sztucznie łączymy nieraz tutaj całkiem różne cierpienia w jedno, a innym razem być może postępujemy na odwrót i genetycznie identyczne choroby wciskamy w ramy odmienne. Mnie się wydaje, że za głębszém wniknięciem w istotę cierpienia, a szczególniéj przy większym zrozumieniu etyjologicznego związku pomiędzy chorobą, jéj objawami a momentem przyczynowym, potrafimy w przyszłości lepiéj zrozumieć istotę całéj téj grupy chorób. W chwili bieżącéj nie powątpiewam bynajmniéj, że wkrótce potrafimy rozróżnić kilka gatunków septicemii. Nie miejsce po temu, aby się wdawać tutaj w dalsze przypuszczenia. Dla tegoto przechodząc do drugiéj okoliczności, utrudniającéj badanie w téj gałęzi, muszę nadmienić, że w skutek nadzwyczajnéj małości ustrojów drobniejszych pasorzytniczych w chorobach septycznych badania drobnowidowe są daleko trudniejsze niż wobec wąglika. Bądź co bądź faktem jest, iż w skutek tych lub owych przyczyn badania na tém polu nie wydały dotychczas tak pewnego i jasno określonego rezultatu jak w wągliku.

Pierwszym był Klebs, który wszelkie zapalenie ropne tkanki łącznéj postawił w prostéj zależności od obecności mikrorganizmu, występującego w postaci prątków lub drobnoziarnistych mas, nazwanych przezeń *microsporon septicum.* Nieco pierwéj Recklinghausen, a nieco póżniéj Waldeyer, znaleźli drobnoziarniste masy, znane pod nazwą: *zoogloea* lub *kolonije* w ropnych ogniskach różnych organów w chorobach septycznych. Byłoto w r. 1872. Od téj pory. zaczęły się mnożyć rozprawy i obecnie literatura o tym przedmiocie urosła do bajecznych rozmiarów [1]).

Jakkolwiekbądź ilość prac z tego zakresu stanowi całą legiję, w pewnym jednak względzie panuje zupełna zgoda Wszyscy, prawie bez wyjątku twierdzą, że mikroorganizmy są stałymi towarzyszami zapalenia. Odkryto je w najrozmaitszych tkankach będących w stanie zapalnym. Ilość i jakość tych mikroorganizmów były bardzo rozmaite. Sposób występowania, umiejscowienie, reakcyja fizyjologiczno-patologiczna ze strony tkanki żyjącéj także były bardzo różne. Jestto fakt nader ważny. Zwrócono nadto uwagę na ropę. Ropa jest produktem zapalenia i ostatecznym jego wynikiem. Pod względem klinicznym rozróżniamy zapalenia ostre i zapalenia przewlekłe. Nie wchodząc bliżéj w tę sprawę, nadmieniam, że w danym razie jest mowa tylko o zapaleniach ostrych, prowadzących do ropienia. Zapalenia ostre tkanki łącznéj przebiegają nader szybko, doprowadzają w przeciągu kilku dni tkankę łączną do ropnego nacieczenia, które po paru dniach kończy się wytworzeniem ropnia, wrzodu, owrzodzenia lub wysięku ropnego. Otóż w wielu przypadkach, w których badano pod tym względem ropę — znajdowano drobnowidowe ustroje. W roku bieżącym podjąłem się zbadać tę ciekawą kwestyję. W moich przypadkach badałem ropę właśnie w owym ostatecznym okresie zapalenia, gdy już ropa została wytworzoną w ilości wielkiéj i zlała się w miejscach podległych zapaleniu w mniejsze lub większe ogniska ropne. Jakkolwiekbądź z natury rzeczy wynikałoby, że w tym okresie ropa zawierać może już tylko resztki lub przynajmniéj da-

[1]) Biorąc rzecz ściśle zaraza karbunkułowa w swym klinicznym przebiegu przedstawia nie co innego, jeno to co przywykliśmy nazywać *sepsis.* Podług mojego zapatrywania się na istotę chorób septycznych, sposób rozwijania się, powstawania, przebieg w ogóle cały obraz kliniczny cierpienia karbunkułowego jestto *par excellence* obraz niemal — typ septicemii.

[1]) Ciekawego czytelnika chcącego zapoznać się z literaturą odsyłam do spisu podanego przeze mnie w *Beiträge z. Kenntniss d. Micrococcencolonien bei septischen Erkrankungen* w „Zeitschrift der practischen Heilkunde" T. IV. 1883. Praga, jakotéż do Zopfa: *Spaltpilze*, II wydanie 1884. Szczególniéj zasługuje na uwagę wielkie dzieło Gussenbauera: *Septhaemie*, *Pyohaemie*, Pyo-Septhaemie z r. 1883, w którém nadto mieści się szczegółowa krytyczna ocena wszystkich badań i teoryj.

leko już mniejsze ilości mikroorganizmów niż w czasie szczytu zapalenia, t. j. że aczkolwiek mogłoby wydawać się prawdopodobném przypuszczenie, że rezultaty tych poszukiwań mogą być niestałe i zawodzące, to jednak w istocie rzeczy stało się zupełnie inaczéj. Albowiem pomimo téj teoretycznie tak ważnéj okoliczności (spóźnionéj pory badania) w każdym badanym przypadku bez wyjątku miałem wynik dodatni. Ogólne wnioski, które wysnuwam na podstawie tych wyników, uważam jeszcze obecnie za tymczasowe. Podzielić się jednak rezultatami z czytelnikiem uważam za potrzebne z tego względu, że w kilku kierunkach natrafiłem na nowe, jak mi się obecnie zdaje, fakty.

Przedsięwziąłem badanie ropy w tych chorobach, w których ropa występuje w jakichkolwiek bądź miejscach ciała. Tak np. w idyjopatycznem ropnem zapaleniu tkanki łącznéj: *panaritium*, *paronychia*, *phlegmone*. W ten sposób obok *pyemii* figuruje *osteomyelitis acutiss. multiplex*, *lymphadenitis*, *lymphangioitis*, najrozmaitsze ropnie ostre, zapalenia skóry ropne komplikujące, a raczéj będące skutkiem roży i t. d. Ropni przewlekłych nie przytaczam, chociaż i takie badałem, w liczbie jednak niewielkiéj. Wystarczy, jeżeli tutaj nadmienię, że zgodnie z wielu innymi badaczami w tych przewlekłych ropniach nie znalazłem nigdy takich mikroorganizmów, jakie opiszę poniżéj przy ostrych zapaleniach. W ropniach przewlekłych na podstawie kiłowéj, w t. zw. kiłakach zropiałych, nie udało mi się ani razu odszukać schyzomycetów. W niektórych przewlekłych ropniach udało się łatwo wykazać obecność lasecznika gruźliczego Kocha, a to barwiąc podług metody Ehrlicha-Kocha. W niektórych ropniach, których cecha gruźlicza w ten sposób została udowodnioną, znajdowałem nadzwyczaj wielkie ilości tego prątka.

Również nie udało mi się spotkać w ropie obok prątków Kocha, będących cechą ropnia gruźliczego, mikroorganizmów widzianych przezemnie w ropniach ostrych, pomimo tego, że jestto rzecz arcy możliwa: gdyż prosty gruźliczy przewlekły ropień, np. *caries*, może łatwo przejść w zapalenie ostre. W tym razie zapalenie ostre należy uważać jako komplikacyję i będzie to już przypadek mięszany. Obok prątków gruźliczych Kocha będą tu i bakteryje septyczne. Pomimo całéj możliwości takiego przypadku w teoryi, w praktyce pomiędzy tylu przypadkami, które posłużyły mi jako materyjał, nie wydarzył się ani jeden podobny.

Zbadałem ogółem 15 przypadków. Przy badaniu używałem następującéj metody. Jest ona prędką, łatwą do zrobienia i daje wyniki bardzo dokładne, jak się mogłem przekonać z kilkuset dotychczas zrobionych doświadczeń, w części już w innem miejscu ogłoszonych, w części zaś jeszcze niewydanych. Jestto sposób podany przez R. Kocha do zabarwienia mikroorganizmów we krwi lub ropie. Ropa rozciera się na cienką warstewkę pomiędzy dwoma szkiełkami, podsusza się na niewielkim ogniu, aby ścięło się białko i ropa mocniéj przylgnęła do szkiełka, i na minut kilka lub kilkanaście wpuszcza się do 2% roztworu farby anilinowéj. Najlepsze zabarwienia daje tylko barwa gencyjano-fijoletowa i fuksyna. W téj pracy najczęściéj używałem farby gencyjano-fioletowéj. Dla kontroli jednak w każdym przypadku barwiłem fuksyną i barwą anilinową błękitną. Albo wrzucałem do wody destylowanéj zakwaszonéj lekko kwasem octowym, albo zmywałem prędko w spirytusie stężonym. Po wysuszeniu kładłem do olejku gwoździkowego, albo nawet wprost do balsamu kanadyjskiego.

Nieraz oprócz tego pozbawiałem ropę tłuszczu przedwstępnie przez spłukanie jéj eterem lub chloroformem, albo przez umieszczenie preparatu w mięszance eteru ze spirytusem. Czyniłem to przed rzuceniem do roztworu anilinowego, a po ogrzaniu nad lampką spirytusową. Jestto modyfikacyja mała, ale bardzo ważna. W skutek tego, że tłuszcz z ciałek ropnych i z plazmy ropnéj przechodzi do eteru, względnie do chloroformu — preparat pozbawia się tłuszczu, który, jak wiadomo, znajduje się w każdéj ropie w różnéj ilości. Po wysuszeniu szkiełka od eteru, co się dzieje bardzo prędko, wkładam szkiełeczko — jakto niżéj podaję — do barwnika. W tym razie preparat przesiąka nadzwyczaj równo i prędko roztworem farby. Nieco inaczéj rzecz się ma podówczas, gdy odtłuszczenie nie było przeprowadzone. Płyn wodny nie przesiąka równo przez warstewkę w skutek obecności tłuszczu. Zostają w preparacie miejsca wcale niezabarwione lub przynajmniéj daleko słabiéj zabarwione niż po odtłuszczeniu. Ztąd preparat nieodtłuszczony ma nieraz wejrzenie drobnoplamiste. Schyzomycety barwią się po odtłuszczeniu bardzo dobrze i bardzo wyraźnie, gdyż warstewka tłuszczowa, któraby je mogła lub miała przypadkowo osłaniać, zostaje usuniętą. Na modyfikacyję tę zostałem mimowoli naprowadzony przez spostrzeżenie, które zrobiłem badając ropę w trzech przypadkach *osteomyelitis acutissima*. Jak wiadomo, ropa w *osteomyelitis* zawiera niepomiernie wielką ilość tłuszczu, bez porównania większą niż ropa w zapaleniu jakiejkolwiek innéj tkanki. Tłuszcz występuje tutaj nawet w postaci wielkich kropel. Otóż dopóki w *osteomyelitis* farbowałem ropę nieodtłuszczoną w eterze, dopóty otrzymywałem rezultaty niepewne i niejasne. Zdarzały się rozległe miejsca w preparacie, a nawet — co większa — bywało po kilka preparatów zrzędu naraz, w których nie udawało się odszukać mikrorganizmów. Zupełnie co innego miało miejsce od chwili, gdy mi przyszła myśl przeprowadzić przedwstępne odtłuszczenie. Preparaty zyskały ogromnie na barwieniu. Farba przenikała je całkowicie i jednostajnie. Od téj pory ujawniła się daleko większa ilość mikroorganizmów. Mogłem teraz już bardzo dokładnie badać ich rozkład, uporządkowanie i postać. Ziarnistość preparatu nieodtłuszczonego, będąca wielką zawadą w badaniu znikła niemal zupełnie, a przynajmniéj mocno się zmniejszyła. (C. d. n.)

III. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych prof. Rosnera.

Sprawozdanie naukowe z ruchu chorych w téjże klinice w ciągu roku szkolnego 1883 i 1884.

Podał Dr. Leon Kopff
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

Kiła.

Sprawozdanie z przebiegu i leczenia chorób kiłowych podzielimy dla łatwiejszego przeglądu na cztery naturalne grupy. Grupa pierwsza obejmować będzie przypadki kiły pierwotnéj, druga przypadki kiły wtórorzędnéj świeżéj, trzecia przypadki kiły wtórorzędnéj odnawiającéj się, wreszcie grupa czwarta przypadki kiły późnéj (*Syphilis tardiva vel tertiaria*).

W ciągu lat dwóch leczono na kiłę w różnych jéj okresach 272 przypadków, z czego przypada na mężczyzn 124, na kobiety 155. Ta przewaga kobiet, zdająca się stać w sprzeczności z podaniami większéj części autorów, twierdzących, że na kiłę znacznie więcéj choruje mężczyzn niż

kobiet, zdaje się pochodzić ztąd, że znaczna część mężczyzn leczyła się prywatnie lub też w szpitalu wojskowym, kobiety zaś, z małemi stosunkowo wyjątkami, wszystkie dostawały się do kliniki i do szpitala.

I. *Syphilis primaria. Ulcus induratum.*

Na wrzód twardy kiłowy leczono 33 chorych, pośród których 18 mężczyzn, a 15 niewiast. Ta stosunkowo mała liczba przypadków kiły pierwotnéj w porównaniu do ilości przypadków leczonych na późniejsze okresy, tłumaczyć się zdaje tém, że wiele przypadków, szczególniéj u mężczyzn, usuwało się od naszéj obserwacyi. Przy znanéj obojętności ludu naszego o swoje zdrowie nic dziwnego, że małe owrzodzenia lub nadżerki na prąciu lub gdziekolwiek na częściach rodnych, niedające się choremu poznać bólem, że zupełnie niebolesne obrzmienie gruczołów pachwinowych, wcale chorego nie zaniepokajało, i nawet często uwagi jego uchodziło. Dopiero pojawiające się objawy wtórorzędne, w szczególności zaś kłykciny sączące, sprowadzały chorych do kliniki. Niejednokrotnie zdarzało nam się też dla tego słyszeć naszych chorych, twierdzących, że nigdy przed wystąpieniem bólu gardła lub wysypki na skórze żadnego owrzodzenia na częściach rodnych nie mieli, i dziwiących się, żeśmy znaleźli jakieś stwardnienie bliznowate, zajmujące tak bardzo naszą uwagę. Dla tego też przypadki wrzodu twardego u mężczyzn w klinice naszéj leczonych przedstawiały się jako klasyczne, trwające niezawodnie zawsze już czas dłuższy, mniéj więcéj od 4—8 tygodni. Wrzód był więc zawsze duży, nierzadko dyfterytyczny, niemogący ujść uwagi chorego, lub też zalupka (*Paraphimosis*) albo stulejka (*Phimosis*) i z niéj wypływająca ropa skutkiem zapalenia żołędzi sprowadzały naszych chorych do szpitala, często z twierdzeniem, że mają rzeżączkę.

Wrzodów pierwotnych w samych ich początkach, a więc występujących w postaci nadżerka, ani razu nie spotkaliśmy u mężczyzn w ciągu dwulecia.

U kobiet przysyłanych przez policyję częściéj się zdarzało napotkać postacie wrzodu początkowe lub też owrzodzenia mniejsze, trudniejsze do rozpoznania, jak np. formy nadżerkowe (*chancre érosif*), guziczkowe (*chancre papuleux*) i wrzodziejące (*chancre exulcereux*).

W żadnym z naszych przypadków nie można się było cośkolwiek pewnego dowiedzieć o długości czasu wylęgania się jadu syfilitycznego. Chorzy nasi, jak się to zwykle dzieje, odnosili zawsze powstały wrzód do ostatniego spółkowania, które też sobie dobrze zapamiętali. Tymczasem nie umieli nigdy podać, kiedy i ile razy poprzednio spółkowali, tak, że opowiadania ich nie miały dla nas żadnéj wartości i na ich podstawie bezwarunkowo nie można było jakichkolwiek wniosków wysnuć.

Siedliskiem wrzodu twardego u mężczyzn w naszych przypadkach był najczęściéj rowek okołożołędziowy, daléj żołędź sama i powierzchnia wewnętrzna napletka. Rzadziéj o wiele napotykaliśmy wrzód pierwotny na więzadełku napletka lub też na skórze prącia. W jednym przypadku wrzód twardy znajdował się w samém ujściu cewki moczowéj i stanowił mechaniczną przeszkodę w oddawaniu moczu. W drugim znów przypadku wrzód usadowił się w saméj cewce moczowéj niedaleko poza jéj ujściem. Wówczas łatwo mógł uledz przeoczeniu i można go było uważać za rzeżączkę. Wreszcie w jednym przypadku siedzibą wrzodu twardego była dolna warga ust.

U kobiet siedliskiem najczęstszém wrzodu twardego były wargi sromne większe, daléj wargi mniejsze i zatoka czółenkowata, — rzadziéj zaś łechtaczka, jéj napletek i okolica ujścia cewki moczowéj. W jednym przypadku wrzód znajdował się na sutku tuż przy brodawce. Kobieta ta dostała go od dziecka, które karmiła jako mamka. Powróciwszy do domu zaraziła męża i troje dzieci, którzy wszyscy leczeni byli w klinice. W dwóch przypadkach siedzibą wrzodu była dolna warga ust (w jednym z nich u dziewicy 17-letniéj, pocałowanéj przez brata, urlopowanego z wojska). W jednym wreszcie przypadku u prostytutki znaleźliśmy kiłę pierwotną na wzgórku łonowym.

Stale i bez wyjątku towarzyszyły wszystkim wrzodom twardym obrzmienia gruczołów limfatycznych w najbliższém sąsiedztwie. Obrzmienie dotyczyło zawsze całéj plejady gruczołów i było tak charakterystyczném, że w nie jednym przypadku było momentem rozstrzygającym w rozpoznaniu. Tak więc przy zwykłém siedlisku wrzodu na częściach rodnych obrzmienie dotyczyło najbliższych gruczołów po obu stronach w pachwinach, różniąc się tylko między jedną a drugą stroną wielkością obrzęku i ilością obrzmiałych gruczołów. Gdy wrzód pierwotny miał znów siedzibę na wardze ust, obrzęk występował charakterystycznie w gruczołach podszczękowych po obydwu stronach, lecz zawsze więcéj po stronie téj, na któréj się wrzód znajdował. Jeżeli znów wrzód twardy znajdował się na sutku, obrzmiałemi były gruczoły pachowe i to po obydwóch stronach, zawsze jednak po stronie odpowiadającéj wrzodowi nierównie mocniéj.

Obrzęk gruczołów utrzymywał się przez cały czas trwania kiły pierwotnéj, wcale się nie zmniejszając. Dopiero z wystąpieniem objawów drugorzędnych rozpoczynało się nagłe zmniejszenie obrzmiałych gruczołów, które jednakowoż zawsze się jeszcze utrzymywało czas dłuższy, tak żeśmy gruczoły nie rzadko znajdowali jeszcze obrzękłemi u ludzi przychodzących z nawrotami kiły.

Rozumie się samo przez się, że leczenie antysyfilityczne nie było bez wpływu na wessanie obrzęku gruczołowego. Leczenie takie, szczególniéj stosowane już w kile pierwotnéj, znacznie przyspieszało zmniejszanie się obrzmiałych gruczołów.

O powikłaniach, jakie się wydarzały w naszych przypadkach kiły pierwotnéj, nie da się wiele powiedzieć. Do najczęstszych powikłań należały stulejka i załupek. Powikłania te nie wymagały zazwyczaj szczególniejszéj pieczy koło chorego i przy zwykłém leczeniu ustępowały.

Wrzód dyfterytyczny spotkaliśmy pięć razy, mianowicie u czterech mężczyzn i jednéj kobiety. Przy odpowiedniém leczeniu charakterystyczna powłoka nekrotyczna prędko ustępowała, nie pociągając żadnych innych złych następstw dla chorego. Zauważyliśmy jednak, że zwykle w przypadkach takich objawy kiły wtórorzędnéj należały do cięższych.

Leczenie tylko czysto miejscowe jest regułą w naszéj klinice. Leczenie to ograniczało się do obmywania rany 2% kwasem karbolowym, zasypywania jodoformem i zakładanie waty Brunsa. W przypadkach tylko wyjątkowych stosowaliśmy rtęć już w samym początku. Za wskazanie do tego wyjątkowego leczenia służyło nam w naszych przypadkach raz mechaniczne utrudnienie w oddawaniu moczu przez usadowienie się wrzodu w ujściu cewki moczowéj, a drugi raz znaczne obrzmienie prącia skutkiem zalupka, niedającego się żadną miarą odprowadzić.

Leczenie wewnętrzne w kile pierwotnéj polegało więc w naszych przypadkach na dobrém odżywianiu chorego, na podawaniu niedokrewnym żelaza z chininem, w ogóle na le-

czeniu, którego celem było usposobić ustrój do jak najlepszego przetrwania kiły wtórorzędnéj.

W pięciu tylko przypadkach w ostatnich miesiącach b. r. (lipcu i sierpniu) powróciliśmy w celach demonstracyjnych do dawnego sposobu leczenia i podawaliśmy, jak to Fournier jeszcze dotąd gorąco zaleca, jodek rtęciowy w pigułkach wewnętrznie (*Rp. Protojodureti Hydrargyri 1·00 Extr. opii aquosi 0·30, Extr. et plv. acori q. s. ut f. l. a. pill. quadraginta. S.* Wieczór dwie pigułki).

Z pięciu tych przypadków mieliśmy sposobność spostrzegać u dwóch kobiet późniéj wybuch kiły drugorzędnéj. W obydwóch przypadkach kiła ta miała charakter dość łagodny, ograniczając się do plam na skórze i nieznacznych w jednym przypadku kłykcin sączących w gardle. Zwróciło moją uwagę, że u obydwóch kobiet nie było zupełnie kłykcin sączących na częściach rodnych. Czy zatém we wszystkich przypadkach kiły pierwotnéj podawanie rtęci zawsze jest przeciwwskazaném, nie możemy jeszcze z całą stanowczością rozstrzygać. Doświadczenia ostatnie nasze w tym względzie, ograniczające się tylko do pięciu przypadków, nie mogą służyć za podstawę do jakiegokolwiekbądź sądu. W każdym razie uważamy podawanie rtęci w kile pierwotnéj wewnętrznie za przeciwwskazane, przynajmniéj w przypadkach dotyczących osób niedokrewnych i źle odżywionych. Tutaj rtęć podkopując tylko jeszcze bardziéj odżywienie mogłaby tylko choremu bezwątpienia przynieść szkodę, lecz nie pomoc.

Żałujemy, że jak to wyżéj wspomniano, nie napotkaliśmy żadnego przypadku wrzodu twardego w samym jego zaczątku, kiedy jeszcze przypuszczać było można, że jad kiłowy jest tylko jeszcze w jedném miejscu umiejscowiony. Nie mając więc żadnego takiego odpowiedniego przypadku nie mogliśmy przedsięwziąść prób, z tak gorąco z niektórych stron polecaną metodą wycięcia pierwotnego nadżerka. Nie możemy więc w tym względzie wypowiedzieć naszego zapatrywania w téj ważnéj kwestyi.

Leczenie wrzodu twardego w naszych przypadkach trwało średnio u mężczyzn 20, u kobiet $16\frac{1}{2}$ dnia.

W przypadkach załupka stosowaliśmy leczenie jak przy stulejce z przyczyny wrzodu miękkiego. W przypadkach załupka prócz leczenia przeciwgnilnego samego wrzodu stosowaliśmy kąpiele ciepłe. Na stwardniałość, pozostającą w niektórych przypadkach po wrzodzie twardym, polecaliśmy plaster rtęciowy (*Rp. Emplastri saponati, Emplastri mercurialis āā*).

Przeciw obrzękowi symptomatycznemu gruczołów nic nie robiliśmy, uważając wszelkie leczenie za bezcelowe, mianowicie gdy nie było żadnéj komplikacyi.

II. *Syphilis secundaria recens.*

Na kiłę świeżą wtórorzędną leczono w ciągu lat dwóch osób 116, to jest 43 mężczyzn i 73 kobiet. Czas leczenia wynosił średnio u mężczyzn 29, u kobiet $31\frac{1}{4}$ dnia.

Chorzy, którzy do kliniki przybywali, okazywali zazwyczaj już wybitnie rozwiniętą kiłę drugorzędną, tak ze zmianami na skórze jak i na błonach śluzowych, a często i w innych narządach. Stosunkowo więc rzadko wydarzało nam się spostrzegać rozwijającą się kiłę drugorzędną w samych jéj początkach. W 7u więc tylko przypadkach, u 5 kobiet i 2 mężczyzn, widzieliśmy objawy zwiastunowe, poprzedzające wybuch kiły drugorzędnéj. We wszystkich tych pięciu przypadkach mieliśmy następnie obraz kiły cięższéj.

Objawy zwiastunowe w naszych przypadkach polegały w samych początkach na bólu głowy, szczególniéj mocnym ku wieczorowi, na ogólném osłabieniu, braku apetytu itp. Do objawów tych, kilka dni zazwyczaj trwających, przystępowały często w dalszym ciągu bóle mięśniowe, bóle w stawach, w kościach bez szczególniejszéj lokalizacyi i bez jakichkolwiek zmian dających się klinicznie wykazać. W końcu tego okresu chorobowego, zwykle po mniéj lub więcéj wybitnych dreszczach, ciepłota szybko się wznosiła, dochodząc w ciągu jednego lub dwóch dni nawet powyżéj 40°C. Gorączka ta we wszystkich naszych przypadkach miała charakter gorączki ciągłéj, zwykle w godzinach rannych zwalniającéj, niekiedy blisko o cały stopień. Objawy towarzyszące téj gorączce były tego rodzaju jak w innych gorączkach na tle zakaźném, a więc polegały na przyspieszonéj znacznie czynności serca, na bólu głowy, osłabieniu, bezsenności i braku łaknienia. W jednym tylko przypadku u kobiety 42 lat, u któréj potém wystąpiła ciężka kiła w postaci łuszczycy, u kobiety zresztą bardzo wynędzniałéj, niezauważyliśmy wcale utraty apetytu. Chora ta, mimo wysokiéj ciepłoty, dopominała się ciągle jedzenia, i zjadała istotnie więcéj niż towarzyszki jéj niegorączkujące. Mieliśmy więc tutaj do czynienia z żarłocznością, jaka niekiedy towarzyszy gorączce kiłowéj, a któréj liczne przykłady podaje Fournier. Gorączka kiłowa trwała zwykle kilka do kilkunastu dni, w przypadkach jednak cięźkiéj kiły, u osób wynędzniałych, przeciągała się na parę tygodni, naśladując swoim przebiegiem gorączkę durzycową. Cechującém tę gorączkę było, że chinin, podawany nawet w większych dawkach, nie miał tak widocznego wpływu na obniżenie ciepłoty jak środki przeciwkiłowe, w szczególności zaś jodek potasu lub sodu. Gorączka w naszych przypadkach nie miała zresztą nigdy znaczenia większego dla chorego, i przy stosowném zachowaniu się i leczeniu przemijała, nie pociągając w dalszym ciągu choroby żadnych złych następstw.

Ze zmian wszystkich najstalszą i najcharakterystyczniejszą zmianą kiły wtórorzędnéj świeżéj była wysypka na skórze. Najczęstszą postacią wysypki była wysypka różycowa a po niéj postać guzkowa w różnych odmianach. Postać różyczkowa występowała równocześnie obok innych form lub też sama tylko. Przypadków, w których wyłącznie mieliśmy do czynienia tylko z wysypką różycową, naliczyliśmy 38, tj. u 22 kobiet i 16 mężczyzn. Plamy towarzyszące téj wysypce były zwykle drobne, o niewyraźnych zarysach gęsto rozsiane po ciele, najliczniéj jednak zawsze na bokach tułowia. Wysypka guzkowa występowała jużto w postaci drobnych guzków po całém ciele rozrzuconych (*lichen syphiliticus*), jużto w postaci większych guzków soczewicowatych (*syphilis lenticularis*), jużto w postaci guzków strupkowych (*syphilis papulo-crustosa*), albo też wreszcie w postaci guzków dużych łuszczących się, najczęściéj na dłoniach i podeszwach (*psoriasis palmaris et plantaris syphilitica*). Niekiedy na guzkach tych występowały na miejscach ograniczonych drobne pęcherzyki (*herpes syphiliticus*). Najczęściéj miałoto miejsce na wewnętrznéj stronie ramion i ud. Forma ta jednak guzkowo-pęcherzykowa była zawsze tylko przemijającą. W ciągu kilku dni pęcherzyki albo przysychały lub też wypełniały się ropą, zamieniając tym sposobem guzki w krostki. Żadna postać wysypkowa w naszych przypadkach nie występowała zazwyczaj samodzielnie, lecz zwykle w połączeniu z innemi postaciami, tak, że różne rodzaje guzków zajmowały całą powierzchnię skóry. Wysypka guzkowa łączyła się nadto bardzo często z wysypką różycową, rzadziéj zaś z krost-

kową. Przypadków, w których wysypka guzkowa samodzielnie wystąpiła, naliczyliśmy 29. W 24 zaś przypadkach wysypka guzkowa w różnych swych postaciach towarzyszyła wysypce różycowéj, rzadziéj zaś krostkowéj. Na szczególniejszą wzmiankę zasługuje wreszcie odmiana łuszczących guzków, występujących na dłoniach i podeszwach (*psoriasis palmaris et plantaris*). Postać ta wystąpiła w 13 przypadkach, t. j. u 9 mężczyzn a 4 kobiet. Była ona bardzo uporczywą i choć inne odmiany wysypki ustąpiły, łuszczyca na dłoniach utrzymywała się jeszcze długo. Rzadziéj o wiele od dwóch poprzednich postaci wysypkowych napotykaliśmy wysypkę krostkową. Występowała ona albo samodzielnie, tylko równocześnie w różnych swoich odmianach lub téż, jednak o wiele rzadziéj, obok wysypki guzkowéj. Najczęściéj jeszcze obok wysypki guzkowéj napotykaliśmy trądzik kiłowy. Z odmian wysypki krostkowéj napotykaliśmy trądzik kiłowy (*acne syphilitica*), liszaj kiłowy (*impetigo syphilitica*), i wreszcie niesztowice (*ecthyma syphiliticum*). Pojawienie się wysypki krostkowéj znamionowało w ogóle cięższą kiłę. Najpomyślniéj jeszcze kazała rokować wysypka trądzikowa, najniekorzystniéj zaś postać niesztowicowa, występująca niekiedy jako t. zw. brudziec kiłowy, (*rupia syphilitica*). We wszystkich naszych przypadkach chorzy dotknięci wysypką krostkową, szczególniéj zaś postacią jéj niesztowicową, byli charłacy, źle odżywieni, niedokrewni. W niektórych przypadkach było nader uderzającém, że właśnie u tego rodzaju ludzi wysypka ta występowała i znamionowała kiłę groźniejszą. Z liczniejszych historyj chorób pozwolę sobie przytoczyć tutaj cztery.

J. B., l. 24, kelner, miał we wrześniu 1883 kiłę pierwotną na *frenulum praeputii*. Już w końcu września rozpoczął w domu robić wcierania, których wziął 15. Ponieważ zmiany nie ustępowały, lecz owszem wysypka krostkowa uporczywa zaczęła się pojawiać, chory udał się do szpitala. Tu zrobiono mu 14 wcierań. W czasie tego leczenia wystąpiły niesztowice na obu podudziach i na głowie. Podano choremu *Kalium jodatum*, a gdy i ten lek nie odnosił widocznego rezultatu, zastosowano w grudniu *decoctum Zittmani*. W początkach lutego opuścił chory szpital ze znaczném polepszeniem. Ponieważ jednak znów wkrótce wystąpiły owrzodzenia na podudziach, chory przybył 28 marca 1884 do nas. Wówczas znaleziono: *Syphilis secundaria papulo-pustulosa in gruppis, cicatrices superficiales post ecthyma, periostitis tibiae sinistrae, arthropatia cubiti sinistri, ulcus syphiliticum in glande penis secundarium, condylomata lata in angulis oris, caruncula lacrym. et commissur. palpebrae infer. ocul. dextri.* Polecono choremu dobrą, pożywną dyjetę, wino i pigułki jodoformowe wewnętrznie (po 0·10 na dzień). Polepszenie bardzo zwolna postępowało, chory jednak opuścił klinikę 8 maja bez wysypki i z zagojonemi kłykcinami, celem dalszego leczenia się w domu.

L. A., lat 21, szewc, przybył 13 grudnia 1882 r. do kliniki. U osoby bardzo źle odżywionéj, znajdującéj się w nędznych warunkach higijenicznych, rozpoznano: *Syphilis secundaria cutanea pustulosa in thorace, capite et extremitat., dispersa condylomata lata in scroto et in sulco coronario glandis.* Polecono *Kalium jodatum* i żelazo z chininem. 9 stycznia rozpoczęto zastrzykiwania podskórne z sublimatu. Zrobiono ich 15. Kłykciny ustąpiły, wysypka w znacznéj części zeszła, a chory 2 lutego na własne żądanie opuścił zakład. W początkach marca znów do nas powrócił. Prócz śladów jeszcze wysypki krostkowéj na tułowiu znaleźliśmy teraz niesztowice na czole i na podudziach, zapalenie obydwóch stawów łokciowych, zapalenie okostnéj kości łokciowéj i palca dużego ręki lewéj. Obok leczenia miejscowego poleciliśmy wstrzykiwania podskórne sublimatu, których zrobiono 12, a następnie podawaliśmy jod. Po dwumiesięcznéj kuracyi chory opuścił klinikę wyleczony. (C. d. n.)

IV. Jeszcze kilka słów o przyczynach położeń płodu.

Odpowiedź na uwagi Dra Ziemackiego zamieszczone w Nrze 34 Przegl. Lek.

Podał **Franciszek Rubinstein** z Warszawy.

Dr. Ziemacki uznał w imieniu prawdy i nauki za konieczne wystąpić z oceną artykułu mego pomieszczonego w Przeglądzie Lekarskim Nr. 13, 14 i 15 z r. b.—Ocena ta miała na celu dowieść jednostronności wniosków przezemnie wypowiedzianych i mylności zasady, z jakiéj wyszedłem w méj pracy. W tym celu czyni mi Dr. Z. zarzuty, dające się w następujący sposób streścić:

1) Że niesłusznie odrzucam teoryję Heckera, tyczącą się wpływu długogłowości na powstanie położeń twarzowych;

2) że błędnie biorę skutek za przyczynę, tj. że formę główki poczytuję za przyczynę, gdy ona jest następstwem położenia i

3) że wnioski moje są jednostronne, tj. że w powstaniu położeń usuwam z pod uwagi wpływ kształtu macicy, jéj zbitość, obszerność i kształt miednicy, ilość poprzednich połogów itp. momentów.

Dla poniżéj wymienionych powodów uważam te zarzuty Dra Ziemackiego za błędne.

Przypadek przezemnie opisany porodu dziecka długogłowego w położeniu pośladkowém sam przez się teoryi Heckera nie osłabia, lecz wobec braku wszelkich danych zwykle towarzyszących położeniom pośladkowym, możnaby było w danym przypadku znacznemu stopniowi długogłowości na podobieństwo wodocieku mózgowego przypisać zdolność wywołania położenia pośladkowego. Jako poparcie téj hipotezy służyć może wprowadzone do położnictwa przez Pajota, a przez Pinarda i Martela obszerniéj opracowane, prawo akomodacyi, na mocy którego główka znacznie wydłużona nie może się zastósować do dolnego odcinka macicy. Jestto, co prawda, tylko hipoteza, dla któréj pojedynczy przypadek nie może być dowodem i tylko dalsze spostrzeżenia, a zwłaszcza odpowiednie wymierzania dolnego odcinka macicy przed porodem, hipotezę tę stwierdzić będą mogły.— Natomiast w pracy naszéj dostarczyliśmy dat niezgodnych z teoryją Heckera, w tablicach naszych mianowicie znajdują się trzy przypadki położeń twarzowych, w których wszystkie trzy typy główek mają swoich przedstawicieli, a więc mowy być nie może o wyłącznym stosunku dzieci długogłowych do położeń twarzowych, ale przeciwnie przekonywamy się, że i inne formy główek umożebniają powstanie położeń twarzowych; z drugiéj zaś strony dziwném się wydać musi, że w pośród tak znacznéj ilości długogłowych, u których nie pośladki ale główka znajdowała się nad wchodem miednicy, mechaniczne prawo dźwigni tak rzadko znalazło swe zastósowanie i nie przednie ale tylne ramię drążka główkowego niżéj w miednicę się spuściło. Sądzę, że te względy wystarczają, aby odrzucić teoryję Heckera. Dr. Ziemacki zdając sprawę z opinii Heckera o tym przedmiocie wyraża się między innemi: „opór stawiony przez wąskość miednicy wywrze

daleko silniejszy wpływ na tylne części głowy;" czyni więc zależném powstanie położeń twarzowych od wąskości miednicy, podczas gdy Hecker wpływ tego ostatniego momentu odrzuca, jak to widać na str. 10 pracy jego." *„Ueber die Schädelform bei Gesichtslagen.*": *„Der Einfluss des engen Beckens auf das Zustandekommen der Gesichtslage, der sich hierin ausspricht, ist gewiss kein sehr bedeutender,*" staje więc w sprzeczności z Heckerem, a pomimo tego żąda odemnie, abym ja zaakceptował teoryję Heckera nie zważając na przytoczone przezemnie dowody jéj błędności.

Na udowodnienie drugiego zarzutu przytacza Dr. Z. rzecz powszechnie znaną o zmianie formy główki pod wpływem mechanizmu porodowego, a więc i pod wpływem położenia płodu przy porodzie, słusznie zaznaczając, że w położeniach pośladkowych (dla dokładności należy dodać i w poprzecznych) forma główki pozostaje niezmienioną. Przekonany jestem, że nie posądza mnie Dr. Z. o nieznajomość tego faktu, nie staje to jednak na przeszkodzie, abym zdanie w krytykowanéj pracy wypowiedziane o wpływie formy główki na powstanie położeń miał zmienić; a to dla tego, że zmiana formy główki podczas porodu w większości przypadków jest tak nieznaczną, iż typ główki po porodzie nie różni się od typu pierwotnego. Wszak główka nie tylko że jest ściśliwą, ale jednocześnie jest i sprężystą, bo dzięki szwom i ciemieniom nie zmniejszają się kości główki pod uciskiem dróg porodowych, lecz zachodzą jedne pod drugie; dzięki téj sprężystości po upływie pewnego czasu zmiana pierwotnéj formy główki wyrównywa się, czyli skrócone przez poród wymiary główki po upływie mniéj więcéj długiego czasu wydłużają się, a wydłużone skracają się. Kolega mój Dr. Perlis w r. 1879 opracował ten przedmiot i z rozprawy jego po rosyjsku wydanéj pod tyt.: "Spostrzeżenia nad konfiguracyją główki dziecięcéj," czerpiemy wnioski, które dla przedmiotu przez nas traktowanego mają znaczenie, a mianowicie: *a)* wymiar pionowy główki zmniejsza się najbardziéj *sub partu*, *b)* mały poprzeczny zmniejsza się więcéj niż poprzeczny wielki, *c)* wymiar prosty nie powiększa się podczas porodu, lecz zmniejsza się, *d)* zmniejszone podczas porodu wymiary powiększają się stopniowo do 4go dnia

Tak więc 4go dnia główka płodu posiada wymiary mniéj więcéj te same co przed porodem, a zatém i mianowniki główkowe, służące do oceny typu główki, 4go dnia po porodzie będą równe mianownikom główkowym przed porodem;—z tego wypływa, że forma główki określona z wymiarów prostego i poprzecznego wielkiego zdjętych 4go dnia po porodzie odpowiadać będzie formie główki pierwotnéj.

Chcąc się więc przekonać, o ile poród wpływa na zmianę formy główki, tj. o ile forma ta zmienia się pod wpływem położenia płodu należy porównać formę główki zaraz po porodzie określoną z formą główki, w 72 godzin po porodzie. Dla braku własnych spostrzeżeń korzystaliśmy z tablic w pracy Perlisa pomieszczonych, tém bardziéj, że materyjał przez niego użyty zebrany był w naszéj obecności i częstokroć daty przez niego otrzymane były przez nas sprawdzane.—Widzimy zaś w tych tablicach, że wymiar prosty (FO) w 72 godzin średnio powiększył się o 0,2 cm. (bierzemy różnicę średniego powiększenia się i zmniejszenia się danego wymiaru), wymiar zaś poprzeczny wielki (BiP) w ciągu tego czasu powiększył się o 0,14 cm.; gdy zaś średni FO po porodzie wynosił 11,27, BiP zaś 8,76; to w 72 godzin po porodzie, a więc i przed porodem, FO=11,47, BiP=8,9; mianowniki zaś główkowe (FO:BiP=100:x) wynosić będą po porodzie 77,73, przed porodem zaś 77,59. Różnica w mianownikach główkowych główki średniéj przed porodem i po porodzie jest nieznaczna, bo wynosi tylko 0,14 na 100,0 i niezmieniając typu główki może być nieuwzględnioną.

Nie zauważywszy zmiany typu główki średniéj podczas porodu, chcieliśmy się przekonać, czy zmiany nie znajdziemy w poszczególnych główkach? Dla odpowiedzenia na to pytanie zestawiliśmy z tablicy B Perlisa (str. 48) wymiary FO i BiP każdéj główki zaraz po porodzie i w 72 godzin zdjęte, wyrachowaliśmy dla każdego przypadku mianownik główkowy i określiliśmy typ główki; tym sposobem otrzymaliśmy następującą tablicę:

T a b l i c a [1]).

Numer porządkowy	Num. porząd. tablicy Perlisa	Zaraz po porodzie				w 72 godzin			
		FO	BiP	Mianownik główk.	Typ główk.	FO	BiP	Mianownik główk.	Typ główk.
1	1	10.8	8.6	79.63	M	11.3	8.7	75.65	D
2	2	11.6	8.6	74.14	D	11.6	8.8	75.21	D
3	3	11.3	8.5	75.22	D	11	9	81.82	B
4	4	11.5	8.5	73.91	D	11.5	8.8	76.52	D
5	5	11.8	8.7	73.73	D	12	8.7	72.5	D
6	6	11	8.7	79.99	M	11.3	8.7	76.99	D
7	7	11.4	8.6	75.44	D	11.9	8.9	74.73	D
8	8	11.5	8.1	70.43	D	11.6	8.5	73.27	D
9	11	10.9	8.2	75.23	D	11.1	8.1	73.64	D
10	12	11.4	8.6	75.43	D	11.7	9.2	78.62	M
11	15	11.2	8.8	78.57	M	11.3	9.1	80.53	B
12	19	11.2	8.6	76.78	D	11.6	8.9	76.72	D
13	21	11.3	9.7	85.84	B	11.3	9.5	84.07	B
14	23	10.5	8	76.19	D	10.7	8.3	77.57	D
15	25	11.4	8.2	71.93	D	11.6	8.5	73.27	D
16	26	11	8.5	77.27	D	11.4	8.6	75.44	D
17	27	11.6	8.5	73.27	D	11.6	8.9	76.72	D
18	28	11	8	72.72	D	10.6	8.3	78.3	M
19	30	11	8.7	73.73	D	11.2	8.8	78.57	M
20	33	11.4	9.2	80.70	B	11.8	9.5	80.51	B
21	34	11.5	8.2	71.3	D	11.3	8.3	73.45	D
22	35	11.1	9	81.08	B	11.2	9.3	83.04	B
23	36	11.6	9	77.59	D	12	9.2	76.66	D
24	37	11.3	8.8	77.87	M	11.5	8.9	77.39	D
25	38	11.3	8.5	75.22	D	11.4	8.8	77.19	D
26	39	11	8.9	80.9	B	11.4	9.2	80.70	B
27	42	11	9.2	83.63	B	11.2	9.3	83.04	B
28	46	11.1	8.8	79.28	M	11.4	8.9	78.07	M
29	48	12.4	9.5	76.61	D	12.5	9.6	76.8	D
30	49	10.8	7.9	73.15	D	10.9	8	73.39	D
31	51	11	8.9	80.9	B	11.4	9	78.94	M
32	54	11.1	9	81.08	B	11.3	9.4	83.18	B
33	57	11.6	9	77.59	D	11.8	9.3	78.81	M
34	59	11.6	8.6	74.14	D	11.6	9.1	78.45	M
35	64	12	9	75	D	11.8	9.1	77.12	D
36	65	11.5	8.3	72.17	D	11.6	8.5	73.27	D
37	68	10.9	8.5	77.98	M	11.1	8.5	76.57	D
38	70	11.5	9	78.26	M	11.6	9	77.59	D
39	71	11.4	8.5	74.56	D	11.5	8.7	75.65	D
40	72	12	9.6	80	B	12	9.9	82.5	B
41	73	11.6	8.9	76.72	D	11.8	9.1	77.12	D
42	74	10.7	8.6	80.37	B	11	8.7	73.73	D
43	76	11.6	9	77.59	D	11.8	9	76.27	D
44	77	10.8	8.5	78.7	M	11	8.6	78.18	M
45	78	11.7	8.9	76.07	D	12	8.9	74.17	D
46	79	11	9	81.82	B	11.3	9.2	81.41	B
47	87	11.1	9	81.08	B	11.2	9	80.36	B
48	89	11.5	9.5	82.61	B	11.7	9.5	81.2	B
49	91	11.3	8.6	76.12	D	11.5	8,9	77.39	D
50	94	11.6	9.6	82.76	B	11.8	9.9	83.99	B
51	95	10.9	8.6	78.9	M	11.1	8.6	77.47	D
52	99	11	8.2	74.54	D	11.2	8.6	76.78	D
Średnie		11.29 100 :	8.76 $x=$	77.22 77.59		11.46 100 :	8.92 $x=$	77.7 77.39	

Rozpatrzywszy się w téj tablicy widzimy, że mianownik główkowy zaraz po porodzie tak z wymiarów średnich wyrachowany (77,22) jak i średni wszystkich mianowników (77,59) mało się różni od mianownika główkowego dla położeń czaszkowych określonego w tablicy IX naszego artykułu (77,44), podobnież jak i mianownik główkowy z średnich wymiarów przez Perlisa podanych (77,73). We wszystkich tych razach główka średnia należy do typu długogłowych. Do tego typu należy także średnia główka w 72 godzin po porodzie mierzona, bo mianownik jéj wynosi 77,7 lub 77,39. A ponieważ główka w 72 godzin po porodzie wymiarami swemi odpowiada główce pierwotnéj, tj. takiéj, na którą ucisk dróg porodowych wpływu nie wywarł, więc i główka przedporodowa należy do typu długogłowych. Gdy zaś dzieci, których wymiary główki w tych tablicach pomieszczono, urodziły się w położeniu czaszkowém, więc przy niezmienności typu główki przez poród wpływ położenia czaszkowego na formę główki okazuje się równy zeru.

Do podobnego rezultatu dochodzimy po obrachowaniu ilości każdego typu główki przed i po porodzie pośród dzieci użytych do zestawienia poprzedniéj tablicy, a mianowicie było:

	krótkogłowych	średniogłow.	długogłowych
zaraz po porodzie	13	9	30
w 72 godz. po porodzie ewentualnie przed porod.	13	8	31

Prawda, że w 15 przypadkach forma główki przez poród zmienioną została, lecz zmiana ta miała miejsce w 2ch wprost przeciwnych kierunkach, tj. w 7 przypadkach forma główki przyjęła typ o większym mianowniku, w 8 zaś o mniejszym. Jednakowa prawie ilość zmian formy główki w odwrotnych kierunkach przez poród w położeniu czaszkowém upoważnia nas do zaprzeczenia wpływu tego położenia na tę zmianę formy, a w ostatecznym razie, gdy na 52 przypadków w 37, a więc w 69%, forma ta pozostaje bez zmiany, wpływ ten położenia jest nieznaczny.—Gdy co do położeń twarzowych Hecker twierdzi, że poród nie zmienia formy główki, a co do położeń pośladkowych powszechnie wpływ porodu na zmianę formy główki jest zaprzeczany, to wobec przez nas stwierdzonego braku wpływu na zmianę formy główki położeń czaszkowych, zarzut Dra Ziemackiego brania przez nas skutku za przyczynę upaść powinien i pomimo uwzględnienia odwrotnéj strony rzeczy przedstawienie sprawy wedle mego sposobu miało racyjonalną podstawę i wnioski moje nie będąc oparte na pomięszaniu skutków z przyczynami, nie mogą więc być uważane za jednostronne.

Podobnież na zarzut jednostronności nie zasłużyłem, gdyż nie przypisuję w pracy swéj formie główki wyłączności wpływu na powstanie położeń płodu; ale w pierwszéj części mego artykułu starałem się objaśnić działanie rozmaitych momentów przyczynowych. Że zaś nauka dawno udowodniła to działanie, nie sądziłem za potrzebne dostarczać statystycznych dowodów i ograniczyłem się do teoretycznego objaśnienia wpływu tych momentów. Dla uwolnienia się od podobnego zarzutu w końcowych wnioskach piszę: 3) forma główki posiada p e w i e n wpływ na powstanie położeń płodu. 4) Wpływ ten jednak nie jest wyłączny i w powstawaniu położeń płodu mają udział inne momenty, z formą główki nic wspólnego nie mające.

[1]) W tablicę tę weszło tylko 52 przypadków takich, w których u Perlisa są podane wymiary główek zaraz po porodzie i w 72 godzin po nim; przypadki, w których nie ma podobnych wymiarów z tego ostatniego czasu wykluczono. *B*, oznacza krótkogłowość; *M*, średniogłowość a *D*, długogłowość.

Czy podobne wnioski dowodzą jednostronności mego zapatrywania? Bezstronny czytelnik uwolni mnie od tego zarzutu. Gdy więc o ile można treściwie postarałem się wykazać bezzasadność uczynionych mi zarzutów, to zapatrywania się moje wypowiedziane w krytykowanym artykule muszą pozostać w swéj sile i spodziewam się, że przez zwrócenie uwagi na formę główki jako jeden z momentów przyczynowych dla położeń płodu prawda i nauka nie ucierpiały.

V. Oceny i sprawozdania.

Podręcznik Chirurgii szczegółowéj Dra L. R y d y g i e r a, Dyrektora pr. kliniki chirurgicznéj w Chełmnie n. W. z licznemi rycinami. Tomu pierwszego zeszyt pierwszy. Poznań. Drukiem Jarosława Leitgebra. Nakładem autora 1884.

Wziąwszy do ręki pierwszy lepszy numer pewnego tygodnika lekarskiego niemieckiego u nas obok polskich dosyć rozpowszechnionego, gdzie ogłaszają całemi kolumnami prywatne korespondencyje, możemy się przekonać, ile to niemieckich podręczników chirurgii rozpowszechnianych bywa choćby tylko w jednéj trzeciéj części kraju naszego. I nie dziw, że tak się dzieje, skoro téj nagłéj snać potrzebie zadosyć uczynić nie można odpowiedniemi dziełami polskiemi; te bowiem podręczniki chirurgiczne polskie, któremi mogliśmy dotąd rozporządzać, były albo przestarzałe albo niezręcznie tłumaczone a najczęściéj łączyły w sobie obydwa przymioty. Oryginalny polski podręcznik chirurgii szczegółowéj był zatém na czasie i musiał mieć powodzenie zapewnione tak w naszéj, jak jeszcze bardziéj w innych dzielnicach kraju naszego, zwłaszcza, gdy podręcznik Dra Rydygiera, o ile sądzić można z pierwszego zeszytu o pięciu dalszych, nie tylko na względne zasługuje powodzenie, ale, że on, jako książka bezwzględnie dobra i pożyteczna, wytrzymująca śmiało porównanie z podobnemi zagranicznemi, może i powinien wyprzeć u nas swych współzawodników obcokrajowych.

Przedewszystkiém uwzględnia on potrzeby lekarza praktyka niechcącego zapomnieć o postępie w nauce a w drugim rzędzie i potrzeby młodych adeptów nauki lekarskiéj. Przepraszam, byłbym niesprawiedliwym, bo — sam chirurg z zawodu — z prawdziwą przyjemnością czytałem dzieło kol. Rydygiera, gdyż nie jest on w niém tylko biernym referentem o wynikach prac innych, lecz często bierze żywy udział w dyskusyi, przedstawiając jednak zawsze rzeczy bezstronnie i z należytém poszanowaniem obcego zdania, chociażby się z niém nawet nie zgadzał.

Jeżeli podział materyi zapożyczył, jak to sam w prospekcie przyznaje, od K o e n i g a i H ü t e r a, to już samo uwzględnienie literatury polskiéj, tak przez innych po macoszemu traktowanéj, robi dzieło to oryginalném, ale i obrobienie materyjału nadaje mu cechę samodzielności. Zwięzłość i jasność przejął od pełnego polotu nauczyciela swego H ü t e r a a nie pogardził suchemi lecz pouczającemi rozprawami K ö n i g a, amalgamując tę mięszankę tak misternie z własnemi i innych spostrzeżeniami i doświadczeniami, że daje ona bardzo udatną całość.

Przy każdéj sposobności kładzie główny nacisk na postępowanie przeciwgnilne, podając np. dokładny opis postępowania tego z ranami na głowie, co osobliwie przez lekarzy starszych, wychowanych jeszcze w szkole dawnéj, będzie bardzo mile widzianém.

Z drugiéj strony poglądowe zestawienia wskazań i

metod operacyjnych pozyskają w uczniach przygotowujących się do egzaminu chętnych zwolenników.

Gdy jeszcze dodam, że zrozumienie treści ułatwione jest wielką obfitością wybornych drzeworytów; że język jest pięknym a przytém nie zanadto purystycznie przesadnym; że styl potoczystym i jasnym; że forma zewnętrzna zupełnie nie ustępuje podobnym wydawnictwom zagranicznym; że wreszcie cena dzieła jest niestosunkowo niską; mam zupełne prawo przypuszczania, że nakład dzieła tego szybko zostanie rozkupionym. Życzyćby tylko wypadało, aby dalsze zeszyty nie dały na siebie zbyt długo czekać.

W obec tego pomyślnego horoskopu pozwalam sobie zwrócić uwagę szanownego autora na kilka, acz nieznacznych, braków, które, jeżeli je uzna za usprawiedliwione, mogłyby w następném a przezemnie wkrótce przewidywaném wydaniu być usuniętemi.

Przedewszystkiém uderzyło mnie, że autor zaledwo kilka wierszy poświęcił ostatnim pracom Adamkiewicza. Jakkolwiek przyznać muszę, że poglądy w pracach tych objawione nie zdobyły sobie jeszcze powszechnego uznania, co autora nie mogło uprawnić jeszcze do zupełnego pominięcia nauki o ucisku mózgu, którą Adamkiewicz zupełnie z patologii wykreśloną widzieć pragnie, — to jednak z drugiéj strony wypadałoby, aby w nowym i tak dobrym podręczniku znalazły należyte ocenienie a to tém bardziéj, ile że ogłoszone były i po polsku.

Również na podstawie innéj pracy Adamkiewicza ogłoszonéj w rocznikach Akademii Umiejętności pod tytułem: „Prawidłowa czynność mięśni uważana jako skutek równowagi dwóch pobudzeń nerwowych,“ dałyby się omawiane na str. 37 skurczenia mięśni w porażonych członkach lepiéj wytłumaczyć, niż na to poprzednie pojęcia pozwalały.

W rozdziale traktującym o chorobach nosa i jamy nosowéj, bardzo zresztą sumiennie opracowanym, przepomniał autor o twardzielu nosa *(rhinoscleroma)*, który w ostatnich latach nie tylko w niemieckiéj ale i w polskiéj literaturze częściéj był wspominanym.

Na zakończenie zwracam się do kolegów pracujących specyjalnie w innych działach nauk lekarskich, aby ich zachęcić do wzbogacania ubogiéj naszéj literatury wskazując im za wzór kol. Rydygiera, któremu, gdyby nawet — czego nie przypuszczam — materyjalnie nie opłacił się trud, jakiego się podjął, sama wdzięczność współrodaków i doniosłość zasługi w obec literatury krajowéj za nagrodę wystarczyć powinny. *Obaliński.*

Koch: O prątkach cholery.

Niektóre rodzaje prątków odznaczają się charakterystycznym kształtem, inne mają pewne własności odróżniające, np. zachowanie się prątków gruźliczych względem barwików; lecz najpewniejszą rękojmię dokładnego zbadania własności prątków i odróżnienia jednego gatunku od drugiego daje bez wątpienia hodowla i przeszczepianie. Badania bowiem ostatnich czasów wykazały, że niektóre rodzaje prątków, nieprzedstawiające żadnéj morfologicznéj różnicy, hodowane na ziemniakach, w żelatynie lub surowicy krwi, okazują zupełnie odmienne własności biologiczne.

Podobnie, jeżeli hodujemy prątki cholery na kartoflach, to otrzymają one postać, niczém się nieróżniącą od prątków nosacizny; lecz byłoby bardzo mylném zapatrywanie tego, ktoby uważał te dwa rodzaje prątków za identyczne: bo jak we wszystkich innych przypadkach tak i tu tylko suma wszystkich własności może być podstawą do odróżnienia poszczególnych gatunków. Autor już kilka razy zwracał uwagę na tę okoliczność, że jeżeli mówił o prątkach przecinkowych czyli cholerycznych, rozumiał przez to prątki znajdowane w jelitach osób uległych téj chorobie, a mające przytém pewne charakterystyczne własności, lecz mimo to było wielu takich, którzy go nie dobrze zrozumieli i dali powód do pewnego zamięszania w téj kwestyi. Znaleźli się nawet tacy, którzy się zabrali do badania bez należytych wiadomości histologicznych, to téż z wielu nadesłanych autorowi do przejrzenia preparatów nie znalazł on ani w jednym nic, coby przypominało prątki przecinkowe, nie wyjmując preparatów przysłanych przez Klamanna, który głosił na Zjeździe w Magdeburgu, że w wypróżnieniach osób dotkniętych cholerą swojską znalazł prątki przecinkowe i krętowłoski.

Na szczegółowe omówienie zasługują prace dwóch autorów, do których nawięzuje Koch kilka uwag, aby wykazać najgłówniejsze błędy w tym względzie. Lewis *(Lancet*, 1884, Sept. 20, str. 513) zwraca uwagę na to, że w ślinie znajdują się zakrzywione prątki, zbliżające się swemi wymiarami do prątków cholerycznych. Byłoto już od dawna wiadomém, że takie prątki znajdują się w ślinie, a zwłaszcza w śluzie z ust. K. więc i na nie zwrócił uwagę i badał je w żelatynie w ten sam sposób, jak prątki choleryczne; przyczém przyszedł do przekonania, że prątki te są nieco większe, smuklejsze i więcéj ostro zakończone. Jeżeli zabarwienie nie jest zbyt silne, to końce prątków ślinowych są jaśniéj zabarwione, aniżeli środek. Gdyby daléj Lewis próbował hodować te prątki w żelatynie peptonowéj, byłby się przekonał, że one nie rozwijają się w téj cieczy odżywczéj, a więc zachowują się zupełnie odmiennie od prątków cholerycznych. Widzimy zatém, że te rodzaje różnią się nietylko pod względem morfologicznym ale i pod względem biologicznym.

Drugą pracą, nad którą się K. zastanawia, jest praca Finklera i Priora, którą ci autorowie przedstawili na tegorocznym Zjeździe w Magdeburgu.

Zwykła metoda hodowania grzybków w środku stałéj konsystencyi, polega, jak wiadomo, na tém, że staramy się przedewszystkiém pojedyncze zarodki oddzielić od siebie, dla tego wkłada się masę zawierającą bakteryje w płynną gelatynę, mięsza i rozlewa na płytce szklanéj, sprowadzając zarazem jéj skrzepnięcie i tym sposobem możemy otrzymać z oddzielnych jednostek rozwinięte grupy. O wiele trudniéj przeprowadzić taki rozdział na ziemniakach, a nawet staje się to często niepodobném, bo prątki gnilne właśnie w ziemniakach bardzo szybko się mnożą i rozwijają. Dla tego ziemniakami posługujemy się tylko, jeżeliśmy już otrzymali prątki hodowane i chcemy zbadać, czy prątki te mogą się rozwijać w środku odżywczym roślinnym. Tymczasem Prior i Finkler postępują wręcz przeciwnie, bo kładą wprost na ziemniakach lub płótnie małe cząstki wypróżnień stolcowych, zapominając o tém, że choćby te cząstki były jak najmniejsze, zawsze przecież zawierają bardzo wielką ilość prątków i to rozmaitych gatunków. Tym sposobem nawet po wielokrotném przeszczepianiu i hodowli nie mogli oni otrzymać czystych prątków cholerycznych, tylko mięszaninę najrozmaitszych prątków, znajdowanych w jelitach, a które równie dobrze jak prątki choleryczne rozwijają się na ziemniakach.

Również i w pojmowaniu rozmaitych faz rozwoju różnią się ci autorowie od zapatrywań, które sobie już wywalczyły pewne znaczenie i tak: według sprawozdania z ber-

lińskiego Urzędu zdrowia, cytowanego także przez P. i F. niezabarwiony zarodnik leży we środku prątka a oba końce tegoż, zawierające niezmienioną jeszcze pierwoszczę, przyjmują barwik anilinowy, odróżniają się więc ciemniejszém zabarwieniem; w dalszym ciągu nikną także owe końce a pozostają tylko niezabarwiony zarodek. Według F. i P. jest środkowa część zarodnikiem a oba zabarwione końce nie są czém innćm, jak dwoma zarodkami. Że to zapatrywanie nie ma żadnéj podstawy, wynika już z niewłaściwego sposobu hodowania prątków, a badanie materyjału przesłanego przez tych autorów Kochowi wykazało, że ciecz odżywcza zawierała cztery rozmaite rodzaje prątków. Jeden z tych rodzajów nie sprowadzał rozpuszczenia się gelatyny ale ją barwił na zielono, drugi rodzaj były to krótkie proste prątki niemające także dążności do rozpuszczania żelatyny, trzeci rodzaj rozpuszczał gelatynę tworząc na niéj charakterystyczne figury a składał się z prątków również prostych, wreszcie czwarty rodzaj złożony był z prątków bardzo niestałego kształtu, przeważnie jednak zakrzywionych lub podobnych do cytryny, a które rozpuszczały gelatynę. Ten ostatni rodzaj jeszcze najwięcéj przedstawiałby podobieństwa do prątków cholerycznych, lecz dopiero wtenczas, kiedy w preparatach zasuszone skurczyły się. I w tym razie jednak różnica jest znaczna tak co do wielkości, gdyż są one większe aniżeli prątki choleryczne, jak i pod względem biologicznym; rosną bowiem o wiele prędzéj i odpowiednio do tego rozpuszczają téż prędzéj gelatynę. Pojedyncze grupy w gelatynie okazują przy słabém powiększeniu jednostajnie okrągły kształt, podczas gdy prątki choleryczne nie są tak jednostajnie okrągłe, rosną powoli i rozpuszczają żelatynę tylko w swojém otoczeniu i to znacznie powolniéj.

Na ziemniakach rozwijają się prątki F. i P. w ciepłocie 17—19° bardzo szybko, tworząc masę śluzowatą, szarożółto zabarwioną, w któréj otoczeniu substancyja ziemniaków okazuje białe zabarwienie. Prątki choleryczne w téj ciepłocie wcale się na ziemniakach nie rozwijają, dopiero w przyrządzie ogrzewającym rozwijają się bardzo powolnie, tworząc grupy ciemno brunatno zabarwione. Ponieważ nadto sami autorowie rzeczeni przyznają, że owe prątki otrzymali ze stolców ulegających gniciu; nasuwa się więc jeszcze wątpliwość, czy w świeżych stolcach byłyby się znalazły. K. przynajmniéj nie znalazł w preparatach otrzymanych przez F. i P. ze stolców świeżych nic, coby przedstawiało jakie podobieństwo do prątków przecinkowych. W ostatnich czasach badał sam K. trzy niewątpliwe przypadki cholery swojskiéj, z których dwa zakończyły się śmiercią i w żadnym nie udało mu się wykazać prątków przecinkowych mimo najdokładniejszego poszukiwania. Również w przypadku zatrucia arszenikiem z zejściem śmiertelném, a w którym jelita okazywały zmiany bardzo podobne do zmian cholerycznych, nie było śladu prątków przecinkowych.

W ostatnich czasach badano także z powodu kursów praktycznych dla lekarzy w cesarskim Urzędzie zdrowia wielokrotnie najrozmaitsze wydzieliny i nigdy nie znaleziono prątków, któreby można brać za prątki choleryczne.

Te okoliczności potwierdzają jeszcze zdanie K. o związku cholery z prątkami przecinkowemi. Zresztą zdaje się, że i życzenie tych, którzy żądają bezpośredniego dowodu spełnioném zostanie; bo Rietsch i Nikati wywołali podczas ostatniéj epidemii w Marsylii u psów i świnek morskich przypady właściwe cholerze, wprowadziwszy po podwiązaniu przewodu żółciowego pewną ilość hodowanych grzybków przecinkowych do dwunastnicy. Późniéj otrzymano ten sam rezultat u świnek morskich bez podwięzywania przewodu żółciowego.

Doświadczenia te powtórzono w ostatnim czasie w Urzędzie zdrowia, przyczém tak dalece rozcieńczono ciecz odżywczą, że wstrzykiwana ciecz zawierała zaledwie jednę setną część kropli téjże. Z małemi wyjątkami następowała śmierć zwierząt do doświadczeń użytych w przeciągu $1\frac{1}{2}$ do 3 dni a sekcyja wykazywała zaczerwienienie błony śluzowéj jelit cienkich i wodnistą, strzępiastą, bezbarwną treść w tychże, w któréj zawarta była wielka ilość prątków przecinkowych. Wobec tego ostrzega K. przed powtórzeniem podobnych doświadczeń na ludziach, którzyby się podjęli spożyć wyhodowane prątki przecinkowe (*Deutsche med. Wochensch.*, 1884, Nr. 45). *Dr. Otto.*

Frerichs: **O cukrzycy**. (Berlin 1884, z 4 tabl.)

Krew ludzka zawiera zawsze cukier w ilości zależącéj od zawartości tegoż w pokarmach a jeżeli ilość ta przekroczy pewną granicę, wtedy cukier zjawia się w moczu. W części tętniczéj układu naczyniowego jest ilość cukru stałą, co się tyczy układu żylnego, nic pewnego dotąd powiedzieć nie można. Prócz krwi znajduje się cukier także w innych cieczach (limfie, mleczu, cieczy mózgo-rdzeniowéj). Lecz obok cukru można także wykazać we krwi glykogen, występujący w towarzystwie ciałek białych, ulegających obumarciu lub opuszczających światło naczyń (w zapaleniu) i to w kształcie jednostajnych kułek, rozpadających się następnie w miazgę drobnoziarnistą. Również znaleziono glykogen w przybłonku wielowarstwowym, tkance chrzęstnéj, w miąższu jąder i w ogóle wszędzie, gdzie następuje odnowa tkanin; najwięcéj jednak stałym składnikiem jest glykogen w wątrobie i istocie międzywłóknistéj mięśni, a nadto glykogen zawarty w wątrobie tém się różni od glykogenu zawartego w innych narządach, jak w przybłonku wielowarstwowym i tkance chrzęstnéj, że jest w wodzie rozpuszczalny.

Co się tyczy stosunku ilościowego cukru i glykogenu w żywym ustroju i jego udziału w przemianie materyi, stosunki te nie są zbadane, to jednak pewna, że podczas gdy w limfie ilość cukru ulega tylko nieznacznym wahaniom, natomiast o wiele większe wahania przedstawia ilość cukru w wątrobie i mięśniach. Obrachowano, że cały zapas wodników węgla u człowieka, ważącego 65 kilogramów, wynosi około 104—552 gramów.

Cukier dostaje się do krwi przedewszystkiém drogą przewodu pokarmowego; lecz oprócz tego musi być inne także źródło cukru w ustroju, bo doświadczenie uczy, że przy wyłącznie mięsnych pokarmach znajdują się wodniki węgla w cieczach i tkankach. Największy udział w tym względzie ma wątroba, zamieniając rozmaite istoty, nawet białko, na glykogen. Nie jest jeszcze znaném, jakie znaczenie dla ustroju ma glykogen; najprawdopodobniéj jest on produktem przemiany chemicznéj, ciągle się w ustroju odbywającéj, a ilość jego zależy od ilości pokarmów. Równie niejasném jest także źródło glykogenu mięśniowego; Bernard twierdzi, że się tenże dostaje z wątroby do mięśni, według innych powstaje w miejscu, w którém się znajduje.

Największa część cukru wprowadzonego do ustroju z pokarmami zużywa się i ginie; gdzie zaś i jak to się odbywa, czy i we krwi tak samo jak po za ustrojem cukier zamienia się w kwas mlekowy (Nencki i Sieber), nie jest dotąd wiadomém. Temu ostatniemu zapatrywaniu sprzeciwia się to, że, jak wykazano, utlenienie w ogóle odbywa się

przeważnie w komórkach tkanin a w małej tylko części w saméjże krwi. Co się zaś tyczy zużywania się glykogenu mięśniowego, to tyle jest pewném, że skutkiem pracy mięśni glykogen zostaje zużytym a natomiast powstaje wolny kwas węglowy i wywięznje się ciepło; nigdy przy têm nie powstaje kwas mlekowy. Jak w mięśniach tak i w wątrobie zużywa się glykogen bezustannie, a że i cukier powstaje najprawdopodobniéj w wątrobie za życia, możemy więc wątrobie przypisywać następujące czynności: 1) Tworzenie glykogenu i przechowywanie tegoż. 2) Przemianę glykogenu w cukier potrzebny do życia; przyczém przemianę i zużycie glykogenu należy uważać za zależne od systemu nerwowego.

Jeżeli zawartość cukru we krwi przekracza zwykłą granicę (0·10) wtedy wydzielany bywa z moczem; skutkiem tego może powstać upośledzenie odżywienia, lecz nie jest ono objawem stałym. Moczenie cukrowe powstaje także w przebiegu chorób nerwowych a między tą formą i właściwą cukrówką są różnorodne przejścia. Moczenie cukrowe może się zamienić we właściwą cukrówkę, zupełnie ustać lub istnieć długie lata, nie przynosząc ustrojowi żadnego uszczerbku lub wywołując groźne zaburzenia. Moczenie cukrowe można podzielić na 4 grupy:

1) Moczenie cukrowe po zatruciach kurarą, tlenkiem węgla, amylnitritem, kwasem ortonitrophenilopropiononowym, metylodelfininem, przyczém zawsze znajdują się wybroczyny w wątrobie, nerkach itd.

2) Przejściowe pojawianie się cukru w moczu po zadziałaniu pewnych środków, jak morfin i chloral, kwas sinowodowy, kwas siarkowy, rtęć, alkohol i skutkiem rozmaitych chorób jak *a)* cholera, w ciężkich przypadkach téjże, w których wydzielanie moczu jest znacznie zmniejszone, pokazuje się w okresie reakcyi najprzód białko, następnie cukier, który po 2—3 dniach znika zupełnie; *b)* wąglik; *c)* dyfteryja *d)* dur brzuszny; *e)* szkarlatyna; *f)* zakażenie zimnicze, w którém tylko wyjątkowo pojawia się cukier w moczu i to tylko, jak długo trwa zimnica.

3) Do następnéj grupy zaliczyć można moczenie cukrowe skutkiem zaburzeń trawienia. W ogóle nawet spożycie większéj ilości cukru nie ma żadnego wpływu na mocz; bywają jednak wyjątkowe przypadki, w których po spożyciu potraw obfitujących w cukier ukazuje się tenże w moczu przejściowo. Następnie przychodzi do moczenia cukrowego w nieżytach żołądka, zwłaszcza jeżeli te występują w towarzystwie skazy dnawéj. Schorzenia wątroby, również jak zatkanie żyły bramnéj, nie mają według doświadczeń F. żadnego wpływu na wydzielanie cukru. (Dok. nast.)

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

VIII. Posiedzenie zwyczajne naukowe Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic. z d. 18 października 1884.

Przewodniczący: Dr. Widman. Członków obecnych 21.

Przewodniczący przedstawia nowych członków Sekcyi Drów Kniaziołuckiego, Szpilmana i Sztembarta, następnie zabiera głos w sprawie dotyczącéj sprawozdań z dawniejszych posiedzeń i oświadcza, że użalanie się członków na brak ogłoszeń w Przeglądzie Lek. ze sprawozdaniem z dawniejszych posiedzeń jest uzasadnione, że temu jednak winien właściwie poprzedni sekretarz, który w trzy miesiące po wyborze wyjechał ze Lwowa nie zostawiwszy żadnych sprawozdań ani materyjałów do tychże. W końcu uwiadamia członków, że na przyszłość ogłoszenia o nastąpić mającém posiedzeniu Sekcyi lwowskiéj będą umieszczane w czasopismach miejscowych.

Następnie przedstawia kol. Dr. Ziembicki trzech chorych.

1) Chory po operacyi *Chondrosarcoma parotidis.* Mężczyzna lat 30 liczący; od lat 15 począł się tworzyć guz twardy w okolicy gruczołu przyusznego prawego, który w chwili przyjęcia chorego do szpitala dochodził rozmiarów strusiego jaja, sięgając od skroni aż poniżéj szczęki dolnéj, a od ucha aż blisko do nosa. Podstawa guza prawie nieruchoma; nerw twarzowy prawy porażony; skóra gdzieniegdzie zniszczona, w części tylko przesuwać się dająca. Naczynia powierzchowne obfite i rozszerzone. Bolesność niewielka. Obrzęku gruczołów nie ma. Wyłuszczenia w następujący sposób dokonano. Ponieważ pierwsze cięcie, zrobione w celu metodycznego wyłuszczenia guza, wywołało obfite krwawienie żylne, postanowił więc operujący podwiązać chwilowo *Carotis communis,* korzystając z téj okoliczności, że cięcie skórne musiało tak nisko dochodzić. Podsunąwszy nitkę jedwabną pod *Carotis communis* związał na jeden węzeł i poruczył końce asystentowi, sam zaś szybko rozciął guz, aby się dostać jak najprędzéj do podstawy i do głównych naczyń. Reszta wyłuszczenia odbyła się w bardzo krótkim czasie i prawie bezkrwawo, poczém nastąpiło podwiązanie *Carotidis externae,* jéj gałęzi, jakoteż *Art. temporalis,* i innych kilku mniejszych tętnic, a po zabezpieczeniu się przeciw możliwemu krwotokowi z przeciętych tętnic, zwolniono węzeł tymczasowo założony na *Carotis communis.* Ogromną ranę zamknięto dwoma płatami skóry i nastąpiło zagojenie *per primam* z wyjątkiem miejsc, gdzie kość przepalono Paquelinem.

2) Chora po operacyi *Struma fibrocolloides,* opuściła już dawno szpital wyleczona. Guz wyjęty wielkości pomarańczy okazuje Dr. Ziembicki i przedstawia operowaną. Historyja choroby jest następująca: Guz rozwinął się w przeciągu 4 lat w prawym płacie gruczołu tarczowego. Duszność chwilowa, czasami chrypka, granica dolna guza sięga bowiem po za mostek. Operacyję robiono według metody Kochera. Opatrunek wizmutowy. Szwy następowe. Wygojenie *per primam* w przeciągu 15 dni. Teraz głos czysty, od operacyi minęło już 3 miesiące. Jest tylko znaczna niedokrewność i może z tego powodu brak miesiączki. Zresztą operowana jest zdrowa. Lewy płat gruczołu pozostał zdrowy.

3) Chory po operacyi *Enterotomii* w skutek niedrożności kiszek. W skutek enterotomii był *Anus praeternaturalis,* który także kol. Ziembicki operował. Obecnie chory jest zupełnie zdrów, miejsce operacyi zabliźnione. Historyja tego przypadku wraz z dyskusyją nad nim będzie umieszczona obszerniéj w „Przeglądzie Lekarskim.“

Nad przypadkami 1 i 3 wywiązała się dyskusyja, wsród któréj kol. Dr. Merczyński interpeluje kol. Ziembickiego co do 1go przypadku, dlaczego przeciął pierwéj guz mający być wyłuszczonym, nim odpreparował i podwiązał naczynia; co do 3go zaś przypadku pyta Dr. Merczyński, jakie było właściwie rozpoznanie w tym przypadku, bo jeżeli chory miał tylko zatkanie od 11 dni, jeżeli nie było znacznego ogólnego upadku sił, jeżeli wymioty nie były częste i ruch robaczkowy jelit dosyć powolny, nie widzi konieczności enterotomii.

Przewodniczący Dr. Widmann pyta co do 3go przypadku, czy była robiona punkcyja Potainem w tym przypadku, i czy dawano lewatywy z *Secale cornutum.*

Kol. Dr. Laskiewicz wreszcie oświadcza co do 1go przypadku, że ponieważ w téj okolicy są częste *cysto-sarcomata,* uważa przeto za niestósowne rozpłatanie obrzęku przed wyłuszczeniem, gdyż po wyłuszczeniu treści (jeżeliby to było *cysto-sarcoma*) napięcie ścian się zmniejsza i wyłuszczenie obrzęku może być niedokładném. Co do 3go przypadku zaś, prosi kol. Laskiewicz o wyliczenie środków leczniczych i rękoczynów zastósowanych w tym przypadku, czy wszystkie zostały wyczerpane, gdyż tylko wtedy byłby przekonanym o koniecznéj potrzebie enterotomii.

Kol. Dr. Ziembicki odpowiada: co do I przypadku, że niezwykłe rozmiary obrzęku, prawdopodobieństwo znacznéj utraty krwi nawet przy systematycznêm podwięzywaniu naczyń, daléj

przewidywanie mozolnego i długiego wyłuszczania guza, skłoniły go do tymczasowego podwiązania *Art. carotis communis.* Gdy to uskutecznioném zostało, wypadało się spieszyć; przecięcie tedy guza było możliwém i wcale nieryzykownéin w obec zapewnionéj hemostazy, a podobny sposób postępowania znacznie skrócił zabieg operacyjny. Nie było tu mowy o *Cysto-sarcoma,* bo można było rozpoznać, że to jest *Chondro-sarcoma,* co też następowe badanie drobnowidowe przez kol. Dra Feigla uskutecznione potwierdziło, nie zachodziła więc obawa wypuszczenia treści, a skoro przez tymczasowe podwiązanie *Art. carotis communis* zapewnił się przed nastąpić mogącém krwawieniem, mógł potém obrać dowolnie sposób operowania. W III przypadku podawał choremu bardzo wiele środków drastycznych, robił kilkakrotnie punkcyję Potainem, dawał lawatywy (lecz *Secale cornutum* nie dawał), ponieważ wszystko to nie pomagało, a upadek sił raz wystąpiwszy wzmagał się znacznie i ciągle, przeto przystąpił do enterotomii.

Nakoniec przedstawia kol. Ziembicki jeszcze jednego chorego leczonego przez Dra Riegera kąpielami w Truskawcu. Chory ten około 20 lat liczący mężczyzna zgłosił się w czerwcu b. r. do szpitala. Odnoga górna lewa była w okolicy ramienia, przedramienia, a zwłaszcza stawu łokciowego bardzo obrzmiałą, staw łokciowy sztywny; przetok ropnych wielka ilość. Aby choremu dopomódz trzeba było robić *Evidément* bardzo rozległe lub coś podobnego, było bowiem próchnienie kości. W Truskawcu choremu bardzo znacznie się polepszyło, obrzęki znacznie się zmniejszyły, przetok pozostało tylko dwie, tak, że teraz znacznie mniejszy rękoczyn chirurgiczny pomoże choremu do reszty.

Kol. Rieger nawiązując do tego przypadku, zaznacza, że bardzo rzadko nadarza się lekarzowi kąpielowemu sposobność przedstawienia chorych po skutecznie odbytém leczeniu kąpielowém, jak w tym przypadku. Chory przedstawiony wziął 40 kąpieli słonych i teraz o tyle się ma lepiéj, że teraz znacznie mniejsza operacyja wystarczy do wyleczenia chorego. Stanowi to więc dowód, że można kąpielami słonemi wyleczyć próchnienie kości, albo polepszyć o tyle stan chorego, że mniejsza operacyja pomoże i chory z mniejszém wychodzi kalectwem.

Kol. Merczyński oświadcza na to, że nie wątpi, iż wielu chorych dotkniętych próchnieniem kości, nie rzadko leczy się ambulatoryjnie, jeżeli im się poprawi warunki higijeniczne, do czego i kąpiele słone skutecznie się przyczyniają; a więc kąpiele i chirurgija w takich razach wspierają się wzajemnie.

Kol. Ziembicki zgadza się zupełnie z zapatrywaniem Dra Merczyńskiego; widział także przedtém podobnie znakomite skutki kąpieli morskich. Kol. Żuliński opowiada w dodatku podobny przypadek wyleczenia chorego chłopca kąpielami słonemi w Paryżu, gdzie chirurgowie chcieli odjąć rękę, ale rodzice chorego na to zgodzić się nie chcieli. *Dr. Wiktor.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XIII. Posiedzenie zwyczajne z dnia 29 paźdz ernika 1884 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. Członków obecnych 37. Jako Drowie Dr. Dymnicki z Buska i Zanitowski.

1) W skutek zapytania Tow. rybackiego, o ile zakładanie stawów i przemienna gospodarka rybna i rolna szkodzić mogą zdrowiu okolicznych mieszkańców, kol. Grabowski odczytuje odpowiedź przez siebie ułożoną, którą jednomyślnie przyjęto.

2) Kol. Trzebicky przedstawia chorą, u któréj prof. Mikulicz wykonał w klinice doszczętne wyłuszczenie raka przełyku, z następowém zupełném wygojeniem się rany. Prelegent mówi obszerniéj o metodach i szansach podobnych rękoczynów, zaliczając przypadek przedstawiony do najpomyślniejszych ze znanych w literaturze.

W dyskusyi kol. Mikulicz zastanawia się nad następowém rozszerzeniem utrzymującego się po podobnych operacyjach zwężenia przełyku, a następnie przemawiają koll. Obaliński i Wilkosz.

3) Kol. Kwieciński (z Oświęcimia) mówi o częściowéj resekcyi jelita, któréj dokonał w warunkach pod każdym względem trudnych.—Odczyt ten ukaże się w „Przegl. Lek.“

W dyskusyi nad tym przedmiotem biorą udział koll. Obaliński, Mikulicz i Zaręba.

4) Kol. Obaliński mówi o 6ciu przypadkach laparotomii, wykonanych przez siebie w różnych okresach niedrożności jelit. (Rzecz ta będzie ogłoszona w Przegl. Lek.)

Z przyczyny spóźnionéj pory dyskusyja odłożona do następnego posiedzenia.

Za sekretarza *Dr. Dobruchowski.*

VII. Sekcyja okulistyczna na Kongresie międzynarodowym lekarskim w Kopenhadze 1884 r.

Sprawozdanie Dra B. Wicherkiewicza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

Do tego przedmiotu zabiera głos: A. Sad z Brazylii, który praktykując od 10 lat w okolicy położonéj 800 metrów po nad poziomem morza, widział tylko przypadki jaglicy wniesionéj przez innych, a mianowicie przez Włochów, nigdy zaś w téj okolicy cierpienie nie przeszło z jednéj osoby na drugą.

Seggel z Monachijum zapewnia, że na wyżynach bawarskich 800 metrów po nad poziomem morza jaglicy wcale nie ma. W ciągu 7 lat nie widziano w załodze monachijskiéj liczącéj 8.000 żołnierzy ani jednego przypadku ciężkiego zapalenia egipskiego a tylko kilka pojedyńczych łagodnych zapaleń spojówkowych mogących uchodzić za mieszkowe. Jedyny przypadek ciężkiéj jednostronnéj jaglicy powikłanéj łuszczką i zapaleniem tęczówki dotyczył sierżanta, który poprzednio nabawił się téj choroby we Frankfurcie. Chodziło tutaj o wznówkę, która ustąpiła bardzo łatwo pod wpływem dawnych środków. Zdaje się więc, że bawarskie wyżyny nie tylko nie dopuszczają jaglicy do rozwoju, ale przyczyniają się nawet do prędkiego jéj zniknięcia.

Barde z Genewy przytacza dla poparcia zdania Chibreta dwa przypadki: I tak, rodzina dotknięta jaglicą, zupełnie się z niéj wyleczyła przez kilkomiesięczny pobyt w Szwajcaryi; daléj przypomina okoliczność z życia Alberta Graefego, który lubił przebywać w Haiden w Szwajcaryi, a ponieważ sam tamże odświeżał swe siły, zwykł był z wdzięczności dla tego miejsca posyłać tam chorych swoich, dotkniętych zapaleniem egipskiém. Zrazu wywołało to pomiędzy lekarzami miejscowymi wielką obawę, która jednakże ustąpiła, skoro się przekonano, że nie powstał w skutek tego ani jeden przypadek zarażenia.

Piąte posiedzenie 14 sierpnia przed południem.

Przewodniczący Dr. Noyes.

Schmidt-Rimpler z Marburga mówi: O sposobie oznaczenia refrakcyi za pomocą wziernika. Przedmiotowy sposób oznaczenia ma wielką wagę, ponieważ czyni nasz sąd niezawisłym od podań chorych, jakoteż od czynności nieprawidłowéj przyrządu nastawczego, jaka zachodzi w nadwzroczności ukrytéj i u niektórych krótkowidzów. Naprężenie akomodacyi mają często młodzi ludzi nadwzroczni, a pokonać je można przez dłuższy pobyt w ciemném miejscu, przez zwrócenie wzroku w dal itd.; prawdziwy zaś kurcz nastawczy, którego pierwowzorem jest kurcz mięśnia wywołany ezerynem, nie ustępuje w ten sposób. Naprężenie nastawcze nie zawsze daje się usunąć przez jednorazowe zapuszczenie atropinu, a refrakcyja nie zmniejsza się też do tego stopnia, w jakim się przedstawia przy badaniu za pomocą wziernika. S. R. zadaje sobie pytanie, czy otoczenie tarczy ma to samo znaczenie pod względem refrakcyi co plama żółta? Stan załamywania się światła w tych dwóch miejscach nie we wszystkich przypadkach jest równy

i to nie tylko tam, gdzie chodzi o wysokie stopnie niemiarowości, ale także w słabych stopniach. W ten sposób u krótkowidza, u którego myopija wynosiła 2 diop. S. R. znalazł myopiję wynoszącą 5 diop. p o n a d t a r c z ą. W innym zaś przypadku nadmiarowości a równéj 1 diop., znalazł miarowość obok tarczy. W trzecim znowu przypadku krótki wzrok podmiotowy wynoszący 5 diop. odpowiadał obok tarczy po stronie żółtéj plamy 10 diop. Z drugiéj strony, przy wysokich stopniach krótkiego wzroku pod tym względem nie ma wcale różnicy; wtenczasto stożek jest bardzo mały albo nie ma go wcale. Chcąc zatém oznaczyć stopień zalamywania w oku, powinniśmy zawsze uwzględniać plamę żółtą. Co do sposobów w użyciu będących, to jedne z nich dozwalają stopień ten oznaczyć w przybliżeniu tylko, inne zaś bardzo dokładnie. W sposobie Cuigneta trzyma się, chcąc dojść do dokładniejszych wyników, przed okiem, które chcemy zbadać, soczewkę 10 diop. wypukłą, przez co otrzymujemy odwrócony obraz dna oka. Oddalając się teraz około 40 cm. ze żwierciadłem płaskiém wstecz widzimy powstające przy poruszeniach bocznych znane cienie w źrenicy. Zbliżając się znowu wśród tych poruszeń coraz więcéj do soczewki będziemy mogli widzieć cień poruszający się w przeciwnym kierunku i to w chwili, kiedy żwierciadło znajdować się będzie w miejscu obrazu odwróconego. Potrzeba tylko oznaczyć odległość tego punktu od soczewki, aby przekonać się o stanie załamywania światła w oku.

Wykładający przyznaje jednak, że nie udało mu się oznaczyć z wystarczającą dokładnością to miejsce, ponieważ oddzielenie cienia od światła nie jest zupełnie dokładném. Sposób Bouchardta (*Centralbl. f. p. Augenheilkunde*, December 1883) jest trudnym do przeprowadzenia, wymaga dużo czasu, i posiada nadto jednę wielką wadę, a mianowicie brak dostatecznéj wyrazistości obrazów siatkówkowych, która może polegać z jednéj strony na niewłaściwém umiejscowieniu tablicy zawierającéj litery, lecz z drugiéj strony na mylném nastawieniu oka badającego. W skutek tego potrzebaby wpierw po za żwierciadłem umieścić kolejno wszystkie szkła poprawcze, zanim będziemy mogli utwierdzić się w mylném umiejscowieniu tablicy. Co się tyczy szybkości i dokładności w oznaczeniu zalamywania, to sposób badania w prostym obrazie i sposób autora o odwróconym obrazie mają równą wartość. Uchybienie w dokładności obydwóch może tylko zachodzić w granicach 1néj dioptryi, a tylko w wysokich stopniach niemiarowości sposób Schmidt-Rimplera daje pewniejsze wyniki. Pod względem porównania obydwóch sposobów dałoby się powiedzieć co następuje: 1) W sposobie z prostym obrazem akomodacyja badającego winna być zniesioną albo przynajmniéj dokładnie oznaczoną, co nie jest koniecznem przy drugim sposobie. Wielu badających nie umie opanować nastawienia oka; często nawet u wprawnych badaczy naprężenie akomodacyi powstaje bezwiednie. Sposób badania w obrazie prostym, jest wygodnym mianowicie dla krótkowidzów średniego albo wysokiego stopnia i dla presbyopów. 2) Trudno oznaczyć najwyższy stopień dokładności obrazu naczyń. Łatwiéj się to udaje za pomocą siatki zastósowanéj do przyrządu autora, którego sposób daje nawet zadowalające wyniki tam, gdzie jest drżenie gałek ocznych. 3) Wysokich stopni krótkowzroczności nie można oznaczyć w prostym obrazie mianowicie gdy źrenica jest poruszalną. Wtychto przypadkach sposób autora nie napotyka żadnych trudności. 4) Za pomocą tego sposobu można z łatwością oznaczyć stopień niezborności. 5) Zbliżanie się twarzą do osób mających być badanemi nie rzadko jest tak przykrém, że niepodobną staje się rzeczą zastósować metodę z obrazem prostym. 6) Na plamie żółtéj stan łamliwości przyrządu wzrokowego daje się tylko wykazać sposobem autora i to bez atropinizowania. Badanie refrakcyi w prostym obrazie ma atoli większe znaczenie od drugiego sposobu tam, gdzie chodzi o bardzo znaczne zaćmienia rogówki; obraz siatki bowiem nie dosyć dokładnie kreśli się na siatkówce, to samo i w niektórych przypadkach nieprawidłowego ubarwienia naczyniówki.

S. R. zwraca w końcu uwagę na kilka ważnych rzeczy dotyczących owego sposobu i tak: 1) Zwierciadło wklęsłe powinno dawać obrazy dokładne, wiele zwierciadeł jest źle polerowanych. 2) U soczewki wypukłéj powinna odległość ogniskowa wynosić ściśle 10 cm. 3) Przy odczytywaniu stopnia refrakcyi starannie unikać wypada usunięcia się taśmy. 4) Siatka, oko podmiotu i oko badającego, powinny znajdować się w jednéj płaszczyźnie pozioméj. Promienie z siatki pochodzące nie powinny zbyt ukośnie padać na żwierciadło. 5) Badający powinien posiadać pewien obszar akomodacyi. Zbytecznemi stają się też wszelkie obliczania, skoro posługujemy się soczewką, któréj wypukłość wynosi 10 diop. Gdy obraz oddalony jest o 10 cm. od soczewki, mamy do czynienia z miarowością. Różnica wynosząca 1 cm. wykazuje niemiarowość 1 diop. i to tak, że np. przy 9 cm. mamy krótkowzroczność wynoszącą 1 diop., przy 11 cm. zaś nadmiarowość 1 diop.

W rozprawie nad powyższym odczytem wzięli udział:

S a t t l e r, który niezaprzeczając zalet sposobu polegającego na obrazie odwróconym, przedkłada jednak sposób badania w prostym obrazie, który w wielu przypadkach daje wyniki nadzwyczaj dokładne. Baczy on przy oznaczeniu refrakcyi na barwik nabłonkowy pomiędzy nerwem wzrokowym a plamą żółtą nie zaś na naczynia. Udawało mu się nawet w niezborności oznaczyć tym sposobem wielkość dwóch głównych południków a wybranemi szkłami walcowatemi pokrywać niezborność.

N o y e s zwraca na to uwagę, że przy oznaczeniu refrakcyi nie na naczynia, ale raczéj na ziarnistość barwika plamy żółtéj baczyć potrzeba.

H a n s e n G r u t zauważył również wielką różnicę refrakcyi pomiędzy tarczą a plamą żółtą, co niekiedy jest wielkiéj wagi ze względu na badanie żołnierzy. Przy oznaczeniu łamliwości baczyć wypada nie tylko na naczynia, ale także na pokład barwikowy komórek nabłonkowych dna oka. Refrakcyję wynoszącą 0,25 lub 0,50 diop. oznaczyć, jest, zdaniem Hansena, niemożliwém; skoro kilku bada refrakcyję u tego samego osobnika, różnice w oznaczaniu wynoszą nieraz 2 diop. Byłbyto wielki postęp, gdyby sposób Schmidt-Rimplera dozwalał oznaczyć stan łamliwości wprost na żółtéj plamie.

J u l e r z Londynu sądzi, że sposób badania w prostym obrazie daje się z korzyścią zastósować przy zwyczajnéj nadmiarowości i krótkowzroczności; wtenczasto bowiem możemy wprost plamę żółtą śledzić; nieodpowiedni zaś jest sposób ten przy niezborności; kiedy nam wypada zważać na naczynia w okolicy tarczy; najlepiéj można niezborność oznaczyć przez retinoskopiję.

C h i b r e t mniema, że metoda zwana retinoskopiją, keratoskopiją, fantoskopiją a zasługująca na wielkie zaufanie,

powinna wreszcie inaczéj być nazwaną. Francuski hellenista Egger, poleca w skutek zapytania Chibreta na oznaczenie rzeczy nazwę „skiaskopija,“ czyli badanie cieni.

Noyes okazuje wziernik, którym każde oko pod względem łamliwości zbadać można. Jestto nieznaczna odmiana wziernika Loringa.

Schmidt-Rimpler nie przypisuje swojemu sposobowi większéj dokładności aniżeli drugiéj metodzie. Według własnych poszukiwań porównawczych rzadko kiedy wynosi różnica, jaką osiągamy jednym lub drugim sposobem, 1 diop. Jestto jednak rzeczą pewną, że błąd w oznaczeniu łatwiéj się popełnia, badając w prostym obrazie i przy wysokich stopniach niemiarowości. Korzyści jego sposobu mają być głównie te, że akomodacyja nie wywiera żadnego nań wpływu a nadto, że łamliwość oznaczamy na żółtéj plamie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Podhajce. W miesiącu październiku wygasł krztusiec w Białokiernicy, gdzie w ciągu 2 miesięcy na 63 chorych umarło 21; w Panosicach na 38 chorych umarło 3; w Uwsiu na 65 chorych umarło 7. Urzędownie zaś sprawdzono krztusiec w Złotnikach i Iszczkowie. Prócz tego krztusiec panuje co najmniéj w $^1/_8$ części powiatu, jednakowoż z przebiegiem tak łagodnym, iż urzędy gminne nie donoszą o tém władzy, Co do wyniku terapii krztuśca *en masse* to zauważyć muszę na podstawie bardzo licznych obserwacyj, że rezultaty nieszczególne, najlepiéj działa belladonna w większych dawkach i wziewania terpentyny z kwasem karbolowym. *Dr. Dzikowski.*

Stan chorób nagminnych w powiecie rzeszowskim w październiku b. r. był następujący: 1. Koklusz. Z końcem września w 5 gminach (ludność 3667) pozostało 268 chorych. W październiku przybyło w 7 gminach (ludność 8110) 215 chorych. Z ogólnéj liczby 483 chorych wyzdrowiało 215, umarło 19, zostaje z końcem miesiąca w leczeniu 169 chorych. Choroba ta posuwa się z południowych gmin powiatu ku północy. 2. Czerwonka w Konkolówce (ludność 1896). Do pozostałych z końcem września 17 chorych, przybyło w październikn 7 chorych. Z tych wyzdrowiało 23, umarło 1. Czerwonka w powiecie tutejszym wygasła zupełnie. 3. Odra w Polomyi (lud. 1031) pojawiła się w ilości 13, z których 4 wyzdrowiało, zaś 9 pozostało w leczeniu. 4. Dur brzuszny w Woli rafałowskiéj (ludność 788). Z końcem wrześuia pozostało 5. w październiku przybyło 9 chorych. Z tych wyzdrowiało 5, zostaje chorych 9. Z chorób zwierząt: 1) Świerzb u koni pojawił się na obszarze dworskim w Lutczyżu i w zagrodzie włościańskiéj w Przewrotném. Na 26 koni zachorowało 4, zabito chorego 1 konia, pozostaje w leczeniu 3. 2) Wścieklizna u 4 psów w 4ch gminach. Psy zabito. Pokąsanych 4 ludzi znajduje się w obserwacyi w tutejszym szpitalu powsz. Nadto w Rzeszowie z końcem października pojawiło się 6 przypadków łagodnéj płonicy. *Dr. J. Barzycki.*

* **Cholera**. Już się zdawało, że zaraza udała się co najmniéj na leże zimowe, pohasawszy sobie od czerwca we Francyi południowéj i we Włoszech, aliści pojawia ona się nagle w Nantes i Rouen, zkąd następnie dostała się do Paryża samego w pierwszych dniach bm. Od paru dni dzienniki polityczne donoszą o poszczególnych przypadkach śmierci z cholery w rozmaitych dzielnicach stolicy a redakcyja *W. med. Presse* otrzymała list od prof. Adamkiewicza, obecnie w Paryżu bawiącego, donoszącego jéj o przypadku cholery w Salpetrière.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 26 października do 1 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 26,0. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z odry 0 (2 z. t.): z płonicy 5 (2 z. t.); z błonicy 1 (2 z. t.); z krztuśca 1 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z duru osutkowego 0 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku ospy (0 z. t.); 7 odry (3 z. t.); 10 płonicy, (6 z. t.). W tygodniu od 19—25 października umarło z ospy w Londynie 15, świeżo zapadło 179, leczyło się w szpitalach 616. W Glasgowie, Liwerpolu, Birmingham, Warszawie, Odesie i Rzymie umarło z ospy po 1, w Genewie 2, w Pradze i Wenecyi po 4, w Madrasie 5, w Lizbonie 7 Z duru osutkowego umarło w Palmie 1, w Saragosie 2, w Madrycie (od 29 września do 5 października) 3. Błonica panuje w Murcyi. W Kalkucie i Madrasie umarło z cholery od 7—13 września 11, względnie 170 osób, w Bombayu od 17—23 września 26.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 19—25 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 28,9; w Warszawie 30,3; w Poznaniu 39,1; w Wiedniu 20,0; w Pradze 24,2; w Berlinie 24,3; w Hamburgu 26,5; w Gdańsku 23,6; w Mnichowie 27,1; w Dreźnie 21,6; w Lipsku 18,3; w Bazylei 16,3; w Brukseli 26,5; w Amsterdamie 26,8; w Hadze 25.7; w Paryżu 22,7; w Londynie 19,6; w Kopenhadze 21,8; w Stokholmie 23,5; w Chrystyjanii 14,3; w Petersburgu 22.0; w Odesie 27,6; w Rzymie 18,8; w Wenecyi 21,4; w Bukareszcie 24,2; w Madrycie 25,1; w Lizbonie 29,2; w Nowym Yorku 25,0; w Filadelfii 19,5; w Bombayu 29,2; Madrasie 63,3. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 12—18 październik rb. umarło 68 osób, co odpowiada na rok i 1,000 m. 30·6. W tym czasie zmarło 3 osób z ospy, 5 z płonicy, 1 z błonicy, 1 z duru osutkowego.

W tygodniu od 19 do 25 października r. b. zmarło 70 osób co odpowiada na rok i 1,000 m. 31,5. W tym czasie zmarło 5 osób z ospy, 1 z odry, 5 z płonicy, 1 z błonicy, 2 z duru brzusznego, 1 z duru osutkowego, 1 z gorączki połogowéj, 1 z krztuśca.

W tygodniu od 26 października do 1 listopada rb. zmarło osób 74, co odpowiada na rok i 1000 mieszk. 34·2. W tym czasie zmarło 3 osób z ospy, 7 z płonicy, 2 z błonicy, 2 z dławca.

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 12 listopada. Wydział lekarski na ostatniém posiedzeniu swém przedstawił Ministerstwu do potwierdzenia Drnda med. Teofila Bąkowskiego, jako asystenta 1go przy katedrze anatomii opisowéj, oraz mianował Dra Aleksandra Bossowskiego elewem przy klinice chirurgicznéj nadając mu zarazem stypendyjum Wydziału krajowego.

* Rada m. Karlsbadu przesłała docentowi Jaworskiemu znaczny zapas wody i nowéj soli karlsbadzkiéj w celu doświadczenia skutków i podania racyjonalnéj metody leczenia. Chorzy niezamożni, potrzebujący leczenia karlsbadzkiego, a nadający się do obserwacyi, otrzymają wodę lub sól bezpłatnie w pomieszkaniu kol. J. lub w klinice lekarskiéj.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Posadę pierwszego asystenta przy katedrze fizyjologii po Kroneckerze objął Dr. Gad, docent w Würzburgu — Osławiony prof. Schweninger objął kierownictwo oddziału chorób skórnych w Charité. Sprawa jego z Dubois-Rejmondem, którego wyzwał na pojedynek z powodu, że nie przyjął jego wizyty w swojém pomieszkaniu, nie przyczynia się do przebłagania opinii publicznéj, obrażonéj słusznie z powodu, że człowiek ten bez szczególnych zasług a nadto smutną mający przeszłość na rozkaz kanclerza narzuconym został Wydziałowi lekarskiemu. — **Halla**. Docent prywatny Dr. Doebner mianowany został prof. nadzw. chemii, farmaceut. i toksykologii. — **Gryfija**. Prof. nadzw. Sommer mianowany prof. zwyczajnym. — **Warszawa**. Dziekanem Wydz. lek. na rok. bieżący obrany został ponownie prof. Brodowski. — **Wrocław**. Dr. Partsch habilitował się jako docent chirurgii. — **Praga czeska**. D. 5 bm. odbyła się uroczysta instalacyja rektora Uniw. czeskiego prof. położnictwa Strenga.

* **Wiadomości osobowe.** W obronie krajowéj galicyjskiéj mianowani zostali: lekarzem batalijonowym w randze lekarza pułkowego 1éj klasy, Dr. Wacław Machnowski, w randze lekarzy pułkowych 2éj kl. Drowie Edward Witkowski, Franciszek Grodecki, w randze starszego lekarza Dr. Jakób Plessner.

* **Nekrologija.** W Paryżu umarł Dr. Fauvel, były inspektor zdrowia we Francyi, a który musiał ustąpić z posady swojéj w skutek błędnego zapatrywania się na istotę cholery

w Tulonie wybuchłéj. — W Poznaniu umarł w 31 roku życia Dr. Reinhold Bruntzel, b. asystent prof. Spiegelberga we Wrocławiu, a późniéj lekarz praktykujący w Poznaniu. Z prac jego jedna, napisana w języku polskim, umieszczona była przed paru laty w naszym tygodniku. — W Preszburgu umarł prymaryjusz tamecznego szpitala Dr. Schlemmer. b. asystent prof. Heinego w Pradze. — W Pradze czeskiéj umarł w 77 roku życia Dr. Karol Slawomił Amerling, b. dyrektor zakładu dla idyjotów i zasłużony wielce pisarz i patryjota czeski.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 45: Dunina: O otruciach, spowodowanych wessaniem produktów gnilnych trawienia; Nenckiego i Kotowskiego: Woda studzienna szpitali warszawskich. — W *Medycynie* Nr. 45: Krokiewicza: O niektórych nowszych lekach, polecanych przeciw chorobom wewnętrznym I agaricyn (z kliniki prof. Korczyńskiego); Machcewicza. Przypadek opalenia spowodowany przez wybuch materyj palnych.

Sekcyja Lwowska Tow. lekarzy galicyjskich odbędzie zwyczajne X posiedzenie naukowe **w sobotę d. 22 listopada r. b. o godzinie 6éj** wieczór w ratuszu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Zarząd Biblijoteki uczniów Wydziału lekarskiego w Uniwersytecie Jagiellońskim wzywa wszystkich tych P. T. PP. Lekarzy, którzy jako członkowie tegoż Towarzystwa korzystali z Biblijoteki a dotychczas nie oddali książek wypożyczonych lub należnych wkładek nie uiścili, aby do dnia 30 Listopada 1884 r. należności zwrócili. — W razie zagubienia książki należy za takową po cenie księgarskiéj zapłacić (według statutu §. 15). Jeżeli to wezwanie nie odniesie skutku, Zarząd Biblijoteki bezzwłocznie dnia 1go Grudnia 1884 r. stósownie do statutu Towarzystwa będzie zmuszony dochodzić pretensyj Biblijoteki drogą sądową.

W Krakowie dnia 6go Listopada 1884.

Z ZARZĄDU BIBLIJOTEKI

Tadeusz Jakubowski biblijotekarz. *Edward Mukowicz* zastępca bibl.

KONKURS.

Na opróżnioną posadę lekarza miejskiego z płacą roczną 400 złr. ogłasza Zwierzchność gminna niniejszém Konkurs.

Ubiegający wniosą swe podania zaopatrzone w dowody odbytych studyjów i praktyki lekarskiéj do Zwierzchności gminnéj najdaléj **do 30 Listopada rb.**

Zwierzchność gminy.

Niżankowice 11 Listopada 1884.

L. 770.

KONKURS.

Na posadę lekarza miejskiego w Mikołajowie z roczną płacą 365 złr. w. a. prowizorycznie na jeden rok, poczém nastąpić może stabilizacyja.

O tę posadę konkurować tylko mogą Drowie wszech nauk lekarskich, krajowcy, którzy nie przekroczyli 40tego roku życia.

Podania należycie udokumentowane należy wnieść do tutejszego Magistratu najdaléj do 20 Listopada rb.

Dla wiadomości P. T. Kompetentów zauważa się, że dotychczasowy lekarz miejski był zarazem lekarzem kolejowym, wykonywał czynności sanitarne przy tutejszym c. k. Sądzie powiatowym i był także delegowanym przez c. k. Starostwo do oglądania bydła na stacyi kolejowéj Mikołajów-Drohowyże.

Z Magistratu kr. miasta w Mikołajowie d. 21 Października 1884.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.